

**NEUROSEN , PSYCHOGENE REAKTIONEN ,
PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNGEN**

Eine statistische Untersuchung der psychopathologischen und
demographischen Daten von 241 im Jahr 1983
behandelten Patienten

KARSTEN SCHLEMM

1986

*Diss
München*

Aus der Psychiatrischen Klinik der Universität München

Direktor : Professor Dr. W. Hippius

Neurosen, psychogene Reaktionen, Persönlichkeitsstörungen

Eine statistische Untersuchung der psychopathologischen
und demographischen Daten von 241 im Jahr 1983 behandel-
ten Patienten.

Inaugural - Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin
an der Ludwig Maximilians - Universität zu München

vorgelegt von

Karsten Schlemm

aus

Bremen

Jahr

1986

Mit der Genehmigung der Medizinischen Fakultät

der Universität München

Berichterstatter: Prof. Dr. Hippius

Mitberichterstatter: Prof. Dr. Strauß

Dekan: Prof. Dr. Spann

Tag der mündlichen Prüfung: 30. 5. 1986

Inhaltsverzeichnis

	Seite
1. <u>Einleitung</u>	1
1.1 Zusammenfassung wichtiger Forschungsergebnisse über Neurosen	1
1.1.1 Grundlagen der Neurosenforschung	1
1.1.2 Neurosen und ihre Symptome	5
1.2 Zusammenfassung wichtiger Forschungsergebnisse über Persönlichkeitsstörungen	28
1.2.1 Grundlagen über Forschungsergebnisse der Per- sönlichkeitsstörungen	28
1.2.2 Persönlichkeitsstörungen und ihre Symptome	33
1.3 Zusammenfassung wichtiger Forschungsergebnisse über psychogene Reaktionen	38
2. <u>Untersuchungsgut, Methodik, Fragestellung</u>	39
2.1 Untersuchungsgut	39
2.2 Methodik	40
2.3 Fragestellung	41
3. <u>Ergebnisse</u>	42
3.1 Diagnosengruppe 1: Neurosen	42
3.1.1 gesamte Häufigkeit	42
3.1.2 aufgeschlüsselte Häufigkeit nach Einzeldiagnosen	42
3.1.3 Geschlechterrelation	43
3.1.4 Altersverteilung	43
3.1.5 Aufenthaltsverteilung	43
3.1.6 Verteilung nach der Global Assessment Scale	44
3.1.7 Krankheitsdauer seit Erstmanifestation	44
3.1.8 Familienstand	44
3.1.9 Symptome und deren Ausprägung	45
3.2 Diagnosengruppe 2: Persönlichkeitsstörungen	49
3.2.1 gesamte Häufigkeit	49
3.2.2 aufgeschlüsselte Häufigkeit nach Einzeldiagnosen	49
3.2.3 Geschlechterrelation	50

3.2.4 Altersverteilung	50
3.2.5 Aufenthaltsverteilung	50
3.2.6 Verteilung nach der Global Assessment Scale	51
3.2.7 Krankheitsdauer seit Erstmanifestation	51
3.2.8 Familienstand	51
3.2.9 Symptome und deren Ausprägung	52
 3.3 Diagnosengruppe 3: Anorexia nervosa	 55
3.3.1 gesamte Häufigkeit	55
3.3.3 Geschlechterrelation	55
3.3.4 Altersverteilung	55
3.3.5 Aufenthaltsverteilung	55
3.3.6 Verteilung nach der Global Assessment Scale	56
3.3.7 Krankheitsdauer seit Erstmanifestation	56
3.3.8 Familienstand	56
3.3.9 Symptome und deren Ausprägung	56
 3.4 Diagnosengruppe 4: akute Belastungsreaktionen	 59
3.4.1 gesamte Häufigkeit	59
3.4.2 aufgeschlüsselte Häufigkeit nach Einzeldiagnosen	59
3.4.3 Geschlechterrelation	59
3.4.4 Altersverteilung	59
3.4.5 Aufenthaltsverteilung	60
3.4.6 Verteilung nach der Global Assessment Scale	60
3.4.7 Krankheitsdauer seit Erstmanifestation	60
3.4.8 Familienstand	60
3.4.9 Symptome und deren Ausprägung	61
 3.5 Diagnosengruppe 5: kurzdauernde depressive Reaktionen	 64
3.5.1 gesamte Häufigkeit	64
3.5.3 Geschlechterrelation	64
3.5.4 Altersverteilung	64
3.5.5 Aufenthaltsverteilung	64
3.5.6 Verteilung nach der Global Assessment Scale	65
3.5.7 Krankheitsdauer seit Erstmanifestation	65

3.5.8 Familienstand	65
3.5.9 Symptome und deren Ausprägung	65
3.6 Diagnosengruppe 6: längerdauernde depressive Reaktionen und neurotische Depression	66
3.6.1 gesamte Häufigkeit	68
3.6.2 aufgeschlüsselte Häufigkeit nach Einzeldiagnosen	68
3.6.3 Geschlechterrelation	68
3.6.4 Altersverteilung	69
3.6.5 Aufenthaltsverteilung	69
3.6.6 Verteilung nach der Global Assessment Scale	69
3.6.7 Krankheitsdauer seit Erstmanifestation	70
3.6.8 Familienstand	70
3.6.9 Symptome und deren Ausprägung	70
3.7 Diagnosengruppe 7: Anpassungsstörungen	73
3.7.1 gesamte Häufigkeit	73
3.7.2 aufgeschlüsselte Häufigkeit nach Einzeldiagnosen	73
3.7.3 Geschlechterrelation	73
3.7.4 Altersverteilung	74
3.7.5 Aufenthaltsverteilung	74
3.7.6 Verteilung nach der Global Assessment Scale	74
3.7.7 Krankheitsdauer seit Erstmanifestation	75
3.7.8 Familienstand	75
3.7.9 Symptome und deren Ausprägung	75
3.8 Hauptdiagnosengruppe I: psychogene Reaktionen	77
3.8.1 gesamte Häufigkeit	77
3.8.3 Geschlechterrelation	77
3.8.4 Altersverteilung	77
3.8.5 Aufenthaltsverteilung	78
3.8.6 Verteilung nach der Global Assessment Scale	78
3.8.7 Krankheitsdauer seit Erstmanifestation	78
3.8.8 Familienstand	78
3.8.9 Symptome und deren Ausprägung	79

3.9	Hauptdiagnosengruppe II: längerdauernde Reaktionen und Neurosen	81
3.9.1	gesamte Häufigkeit	81
3.9.3	Geschlechterrelation	81
3.9.4	Altersverteilung	81
3.9.5	Aufenthaltsverteilung	82
3.9.6	Verteilung nach der Global Assessment Scale	82
3.9.7	Krankheitsdauer seit Erstmanifestation	82
3.9.8	Familienstand	83
3.9.9	Symptome und deren Ausprägung	83
4.	<u>Vergleich der Diagnosen- und Hauptdiagnosengruppen untereinander und mit vergleichbaren Ergebnissen des Jahrganges 1982 und 1978</u>	86
4.1	Diagnosengruppe 1: Neurosen	86
4.1.1	Vergleich mit den übrigen Diagnosengruppen dieser Arbeit	86
4.1.2	Vergleich mit den Jahrgängen 1982 und 1978	87
4.2	Diagnosengruppe 2: Persönlichkeitsstörungen	90
4.2.1	Vergleich mit den übrigen Diagnosengruppen dieser Arbeit	90
4.2.2	Vergleich mit den Jahrgängen 1982 und 1978	91
4.3	Diagnosengruppe 3: Anorexia nervosa	93
4.3.1	Vergleich mit den übrigen Diagnosengruppen dieser Arbeit	93
4.3.2	Vergleich mit dem Jahrgang 1982	94
4.4	Diagnosengruppe 4: akute Belastungsreaktionen	97
4.4.1	Vergleich mit den übrigen Diagnosengruppen dieser Arbeit	97
4.5	Diagnosengruppe 5: kurzdauernde depressive Reaktionen	99
4.5.1	Vergleich mit den übrigen Diagnosengruppen dieser Arbeit	99
4.5.2	Vergleich mit dem Jahrgang 1982	100

4.6	Diagnosengruppe 6: längerdauernde depressive Reaktionen und neurotische Depression	102
4.6.1	Vergleich mit den übrigen Diagnosengruppen dieser Arbeit	102
4.6.2	Vergleich mit den Jahrgängen 1982 und 1978	103
4.7	Diagnosengruppe 7: Anpassungsstörungen	107
4.7.1	Vergleich mit den übrigen Diagnosengruppen dieser Arbeit	107
4.7.2	Vergleich mit dem Jahrgang 1982	108
4.8	Hauptdiagnosengruppe I: psychogene Reaktionen	111
4.8.1	Vergleich mit den übrigen Diagnosengruppen dieser Arbeit	111
4.8.2	Vergleich mit den Jahrgängen 1982 und 1978	113
4.9	Hauptdiagnosengruppe II: längerdauernde Reaktionen und Neurosen	116
4.9.1	Vergleich mit den übrigen Diagnosengruppen dieser Arbeit	116
4.9.2	Vergleich mit den Jahrgängen 1982 und 1978	118
5.	<u>Diskussion</u>	122
5.1	Neurosen	125
5.2	Persönlichkeitsstörungen	127
5.3	Anorexia nervosa	129
5.4	akute Belastungsreaktionen	130
5.5	kurzdauernde depressive Reaktionen	132
5.6	längerdauernde depressive Reaktionen und neurotische Depression	134
5.7	Anpassungsstörungen	136
5.8	Hauptdiagnosengruppe I: psychogene Reaktionen	138
5.9	Hauptdiagnosengruppe II: längerdauernde Reaktionen und Neurosen	140
6.	<u>Zusammenfassung</u>	143

	Seite
7. <u>Anhang</u>	153
7.1 Tabellen- und Abbildungsverzeichnis	153
7.2 Tabellen	159
7.3 Abbildungen	232
7.4 Global Assessment Scale	258
8. <u>Literaturverzeichnis</u>	260

1. Einleitung

1.1 Zusammenfassung wichtiger Forschungsergebnisse über Neurosen

1.1.1 Grundlagen der Neurosenforschung

Neurosen-Definition (1974 von der WHO)

Neurosen sind geistige Störungen ohne organische Grundlagen und mit unvermindertem Realitätsbewußtsein. Der Patient verliert bei den Neurosen nicht die Kontrolle über seine Handlungen und Gedanken. Das Verhalten kann krankhaft beeinflusst sein, es bleibt aber meist im Normbereich. Die Persönlichkeit ist nicht gestört. Zu den Hauptmerkmalen von Neurosen kann man ängstliche, hysterische, phobische, zwanghafte und depressive Symptome zählen.

Der Begriff "Neurose" wird in 3 Formen verwendet:

- a) Als ein Begriff, der alle nicht psychotischen Erscheinungen enthält. Er wird synonym verwendet, wie kleine psychiatrische Erkrankungen. Der Hauptteil dieser Erkrankungen sind Depressionen, Angst oder eine Verbindung von beiden.
- b) Als ein spezifischer Begriff für Neurosen, wie Angst-, Depressiv- oder Zwangsneurosen.
- c) Als ein Begriff, der einen angenommenen, unbewußten geistigen Mechanismus beschreibt. Ein sogenannter neurotischer Prozeß, der Abwehrmechanismen produziert.

Das DSM III definiert Neurosen im Sinn von Punkt a und b als eine Symptomgruppe, die den Patienten bedrängt und von ihm erkannt wird als unakzeptabel und fremd. Die Realitätseinschätzung ist normal, das Benehmen verletzt nicht grob die sozialen Normen, obwohl die Tätigkeit auffallend beeinträchtigt sein kann. Diese Störung ist relativ dauerhaft und nicht unbedingt eine Reaktion auf einen Stressor. Es gibt auch keine beweisbare organische Grundlage. Aber auch diese Definition kann keinen Anspruch auf Vollständigkeit erheben.

Schwierigkeiten bei der Neurosendiagnostik

Zahlen über die Verbreitung, das Auftreten oder die Todesrate bei Neurosen sind praktisch bedeutungslos ohne Festlegung der Kriterien zur Diagnosenstellung. Man benötigt ein standardisiertes Interview, um die Diagnose zu stellen.

Die Grenze zwischen psychiatrisch krank oder gesund ist unscharf, sodaß man auch nicht einwandfrei diagnostizierbare Krankheiten oder Vorstadien mit abgrenzen muß. Ungeachtet der Unexaktheit dieser Diagnose sind sich die Untersucher größtenteils einig, daß die vorklinischen Störungen die Symptome wie Müdigkeit, Reizbarkeit, Schlaflosigkeit und Dysthymie enthalten.

Neurosen in der Praxis

Shephard (69) berichtet in einer Untersuchung aus dem Jahre 1966, daß 63 % aller psychiatrischen Erkrankungen und 8,9 % der psychiatrischen und somatischen Erkrankungen Neurosen sind. Cooper (15) dagegen fand 1972 heraus, daß 80 % der psychiatrischen Erkrankungen Neurosen sind. Mann (45) und andere untersuchten 1981 den Verlauf von Nicht-Psychosen, dabei zeigte sich, daß 24 % gebessert, 52 % wechselhaft und 25 % chronisch bleiben. Eine Besserung kam hauptsächlich bei Patienten mit problemarmen Familienverhältnissen, bei jungen Menschen, beim männlichen Geschlecht, bei Patienten ohne körperliche Krankheit und ohne Psychopharmaka vor. Für die Besserung scheinen der soziale Aspekt und die Schwere der Krankheit bedeutender zu sein, als die Art der Neurose oder die Persönlichkeit.

Belastungen des Lebens

Brown (10) unterscheidet bei Belastungen, die im Leben auftreten zwischen Langzeit-Belastungen, worunter er drei oder mehr Kinder unter 14 Jahren, Arbeitslosigkeit und z.B. Partnerprobleme versteht und außerdem zwischen Verletzungs-Faktoren, wie der Verlust der Mutter vor dem 11. Lebensjahr und provozierenden Ereignissen.

Schwierigkeiten im täglichen Leben wirken sich besonders bei depressiven Patienten aus. Das Problem liegt in der schweren Abgrenzbarkeit eines Ereignisses und der Subjektivität, da die Untersuchung rückblickend ist. Außerdem stellt sich die

Die Heirat scheint für den Mann ein schützender Faktor, für die Frau ein Risikofaktor zu sein. Neurotische Paare verbringen mehr Zeit isoliert zu zweit zu, sind weniger sozial integriert und haben stärkere Rollenkonflikte als gesunde Paare.

Sterblichkeit

Neurosen verursachen nicht den Tod, aber der Todeszeitpunkt verfrüht sich bei Neurotikern. Krankenhausneurosen haben das 1,5-fache Todesrisiko. Gründe sind Selbstmord, Unfälle, Alkoholismus und Drogen.

Genetische Faktoren

Forschungen zeigen, daß man bei Tieren neurotisches Verhalten konditionieren kann, bei Menschen gibt es dafür wenig Beweise. Die Zwillingsforschung zeigte nur eine gering größere Übereinstimmung, außerdem ist das Patientengut bisher noch sehr klein.

Physiologische Faktoren

Es wurde herausgefunden, daß bei Erregung die Herzfrequenz und das Blutzeitvolumen zunimmt, das Fingerpulsvolumen, der Speichelfluß, die Drüsenausscheidung und das EMG abnehmen. Das EEG zeigt zwar Veränderungen, aber keine spezifischen für eine Neurose. Eine Ausnahme ist die Veränderung in der Leitfähigkeit der Haut (GSR). Außerdem wurde festgestellt, daß bei Infusionen von Natriumlaktat, Glucose- oder Elektrolytlösung die Angstproduktion bei Neurotikern im Vergleich zu Normalen wesentlich häufiger ist.

Beziehung zwischen Störungen im Kindheitsverhalten und der Neurose, die bei Erwachsenen auftritt

Rutter (64) zeigte 1972 anhand einer Studie, daß die meisten neurotischen Kinder normale Erwachsene werden und die meisten neurotischen Erwachsenen ihre Neurose erst im Erwachsenenalter entwickeln.

Robins (58) führte 1966 Untersuchungen mit 5.000 psychiatrisch kranken Kindern durch im Zeitraum von 30 Jahren und mit einer Vergleichsgruppe von 100 gesunden Kindern. Es ergab sich keine Beziehung zwischen Kindheits- und Erwachsenen-Neurose.

Mellsop (48) untersuchte 1972 3.000 psychiatrisch kranke Kinder über 20 Jahre hinweg und fand eine Häufung von Neurosen, aber keine Beziehung zum Neurosentyp der Kindheit.

Interessant ist, daß bei Kindern, im Gegensatz zu den Erwachsenen die Häufigkeit beim männlichen Geschlecht größer ist neurotisch zu erkranken. Eventuell liegt es daran, daß Frauen häufiger den Arzt aufsuchen und daß Männer solche Symptome eher verdrängen.

In einer weiteren Studie fanden Wolff (80) und Chick (80) 1980 heraus, daß Kinder mit einer schizoiden Persönlichkeit später zu 80 % an Schizophrenie erkrankten, außerdem Männer, die Karriere machen, meistens Erstgeborene sind und eine enge Vater-Sohn-Beziehung aufweisen.

1.1.2 Neurosen und ihre Symptome

Depressive Neurosen

Der Engländer Freeman (21) glaubt, daß man depressive Neurosen von endogenen Depressionen nicht abgrenzen kann, sondern daß es sich meistens um eine Mischform handelt.

Akiskal (4) und andere grenzen 1978 5 Unterscheidungsmerkmale zwischen Neurose und endogener Depression ab

- a) Bei der Neurose ist die Realitätseinschätzung normal. Es findet sich keine Halluzination oder Verwirrung.
- b) Der Grad der Depression ist bei der Neurose geringer, was z.B. Schlaf, Appetit oder Affekt betrifft.
- c) Es können andere Neurosenzeichen, meistens in Verbindung mit Angst, Hypochondrie und Zwang auftreten.
- d) Neurosen können eine Reaktion auf eine Belastung sein.
- e) Es können bei der Neurose charakterbedingte und launische Depressionsformen auftreten.

Die depressive Neurose ist also eine verstehbare Reaktion einer Person bei unterschiedlicher Verletzbarkeit. Man fand heraus, daß Patienten mit depressiven Neurosen häufig früher schon Symptome einer endogenen Depression gezeigt haben, oder sich die Neurose zu einer endogenen Depression entwickelt, somit ist die Abgrenzung schwierig.

Paykel (53) fand vier Untergruppen

- die psychotischen depressiven Patienten
- die ängstlichen depressiven Patienten
- die feindlichen depressiven Patienten
- die jungen Depressiven mit Persönlichkeitsstörungen

Nur die ängstlich Depressiven sprachen nicht gut auf eine Amityriptilin Behandlung an.

Beck (6) bestätigte 1967, daß depressive Neurosen nicht ein Primärprozeß sind, sondern daraus entstehen, wie ein Patient sich, die Umwelt und die Zukunft sieht. Mit anderen Worten: Zuerst kommen die negativen Gefühle, dann erst die Depression. Beck (6) glaubt, daß solche negativen Gefühle früh im Leben entstehen und sich dann selbst verstärken. Schon ein Kind erhält durch seine Eltern und seine Umwelt einen Eindruck von sich selber, z.B. als schlecht, inkompetent oder Versager. Solche Individuen übersehen dann ihre Erfolge und sehen nur noch ihre Fehler. Dieses negative Einschätzungsschema liegt meistens verborgen, bis es durch einen Streßfaktor im Erwachsenenalter hervorgerufen wird.

Seligman (67) fand 1975 das Modell der angelernten Hilflosigkeit, und zwar durch Tierversuche. Er konstruierte einen Käfig für Hunde, dessen eine Seite des Bodens unter elektrischem Strom stand. Der Hund lernte sehr schnell über eine Barriere auf die andere Seite zu springen. Wenn man ihm aber die Möglichkeit nahm, auf die andere Seite zu kommen, wurde der Hund apathisch, niedergeschlagen und auch initiativlos, sodaß er, auch wenn man ihm wieder die Möglichkeit zum Wechsel der Käfigseite gab, diese nicht nutzte. Dieses Verhalten setzte der Hund auch außerhalb des Käfigs fort. Seligman (67) nannte es "erlernte Hilflosigkeit" und übertrug es auf Menschen.

Kinder, die in einer Umgebung aufwachsen, in welcher jede Aktivität schlechte Konsequenzen hat, entwickeln eine Depression oder angelernte Hilflosigkeit im späteren Leben. Das Gleiche gilt für Kinder, die in einer Umgebung aufwachsen, in der sie zwar nicht bestraft werden, aber auch nicht beachtet werden.

Charakterbedingte depressive Neurose

Es gibt eine Form von Depression, die bei Personen auftritt, in welche die Depression unauslöschbar eingeprägt ist. Von solchen Leuten sagt man oft, sie hätten eine depressive Grundhaltung oder einen depressiven Lebensstil. Diesen Menschen kann meistens sowohl mit somatischer als auch mit psychotherapeutischer Behandlung nicht geholfen werden. Man findet unter ihnen solche mit depressivem Temperament, depressiver Persönlichkeit, melancholischer Persönlichkeit oder chronischer Depression. Akiskal (4), der 1980 diese Personengruppe untersuchte, beschreibt sie mit - charakterbedingte Depressive -, und zwar entwickelt sich bei ihnen, im Gegensatz zu chronisch Depressiven, die Depression schon in der Jugend oder im frühen Erwachsenenalter.

Er fand bei dieser Gruppe folgende Kriterien:

Das Alter der Erstmanifestation war unter 25 Jahren und die Dauer der Krankheit mindestens 5 Jahre.

Es äußerte sich eine depressive Vorherrschaft im Charakter und es waren keine Episoden klar abzugrenzen. Außerdem fehlten andere psychiatrische Symptome und es lag auch keine körperliche Krankheit zugrunde.

Man fand zwei Untergruppen, von denen eine auf trizyclische Medikamente ansprach und den unipolaren Depressionen ähnelte. Sie zeigte auch affektive Episoden, eine relativ stabile Persönlichkeit und einen meistens günstigen Ausgang. Er nannte sie "sub-affektive Dysthymie".

Die zweite Gruppe sprach nicht auf Antidepressiva an, war mehr lethargisch, zeigte Alkoholmißbrauch, eine instabile Persönlichkeit und einen ungünstigen Ausgang.

Es zeigten sich keine hypomanischen Episoden. Daraus entwickelte sich der Ausdruck "charakter spectrum disorders".

Über die Behandlung schrieb Weissman (77) 1979, daß bei diesen charakterbedingt depressiven Patienten Verhaltenstherapie genauso gut ist, wie antidepressive Therapie. Bei geringen Störungen sind Medikamente wirkungsvoller, aber die Psychotherapie führt zu einer größeren sozialen Änderung. Einige Studien haben eine additive Wirkung bei der Kombination von Psychotherapie und Medikation festgestellt.

Eine Verknüpfung von Angst- und Depressionsneurose

Die Verbindung von Angst und Depression ist der normalste Typ von psychiatrischen Störungen. Man muß sie jedoch von den normalen menschlichen Launen unterscheiden. Klerman (57) beschrieb 1977 die normalen Launen in Abgrenzung zur Angst- und Depressionsneurose.

Die normalen Grundgefühle, wie Fröhlichkeit, Traurigkeit, Ärger und Furcht bestehen aus subjektiven Launen, psychophysiologischen- und Verhaltens-Komponenten. Diese Grundgefühle können als feste Einheiten vorkommen, die sich von anderen durch die Laune, Physiologie und das Verhalten unterscheiden. Normale Angst- und depressive Zustände sind differenzierte Grundgefühle in welchen Furcht und Traurigkeit vorherrschen. Die klinischen Angst- und Depressions-Symptome sind ähnlich wie die normalen, aber intensiver, langdauernder und haben manchmal ein anderes Muster.

Es ist oft unmöglich, zwischen Angst- und Depressions-Neurosen zu unterscheiden, weil der Patient oft beide gleich stark hat und wenig andere Symptome, die man zur Differenzierung heranziehen könnte. Es gibt zwei Gruppen von Psychiatern, von denen die einen an eine starke Trennung zwischen Angst- und Depressions-Neurosen glauben, die anderen dagegen nicht.

Klinische Gesichtspunkte

Roth (61) und andere fanden 1972 heraus, daß es keine klare Grenze zwischen Angst- und Depressions-Neurosen gibt.

Prusoff (57) u. Klerman (57) zeigten 1974 bei einer Studie an Frauen eine Überlappung von 20 % bis 40 %.

Clancy (14) und andere erarbeiteten 1978, daß von 112 Patienten mit der klaren Diagnose Angstneurose 44 % später depressive Episoden erlitten.

Johnstone (33) und andere versuchten 1980 anhand der Behandlung Unterschiede zwischen Angst- und Depressions-Neurosen zu finden. Dieses gelang aber weder mit Selbstbeurteilung, Fremdbeurteilung oder einer spezifischen Medikationsbehandlung. Amitriptyline, Diazepam und Placebo und eine Kombination aus Amitriptyline und Diazepam brachten alle keine Unterscheidung. Nur Amitriptylin zeigte überhaupt eine Wirkung.

Zusammenfassung

Es scheint Beweise für beide Anschauungspunkte zu geben. Eine klare Unterscheidung ist wohl erst dann möglich, wenn die Krankheit so weit fortgeschritten ist, daß sogenannte sekundäre Symptome auftreten. Außerdem scheint es so zu sein, daß der Ursprung beider Krankheiten relativ diskret verläuft und später dann die Angstneurotiker zusätzlich depressiv werden und die Depressiven zusätzlich ängstlich. Beide Arten scheinen auf äußere oder innere Streßfaktoren gleich anzusprechen.

Angstneurosen

Die meisten Klassifikationssysteme trennen Angstneurosen von Phobien, jedoch gibt es Überschneidungspunkte. Patienten mit Phobien haben verschiedene Grade von generalisierter Angst und bei Patienten mit Angstneurosen kann diese von Zeit zu Zeit in Angstattacken übergehen. Die größte Überlappung kommt bei der Agoraphobie vor. Das zweite Problem ist der Unterschied zwischen normaler und abnormaler Angst. Angstsymptome und -attacken können im

Zusammenhang mit jeder psychiatrischen Krankheit auftreten, nur wenn sie allein auftreten, kann man die Diagnose "Angstneurose" stellen.

Klinisches Bild

Es gibt zwei Arten der Angstneurosen, die akute und die chronische. Die akute beginnt plötzlich, häufig bedingt durch einen äußerlichen Streßfaktor; oft bei stabilen Persönlichkeiten ohne ängstliche Grundzüge. Die Prognose ist gut.

Die chronische Form wird größer und kleiner und kann mit einem Stressor verbunden sein oder nicht. Solche Patienten werden oft als etwas nervös und leicht erregbar beschrieben. Bei beiden Formen empfinden die Patienten überwiegend plötzlich Angst wegen der Zukunft oder Gegenwart. Sie können Angst haben zu sterben oder die Kontrolle zu verlieren und es können Depersonalisations- und Derealisationsgefühle auftreten. Reine Angstsymptome ohne somatische Symptome sind selten. Meistens sind sie vergesellschaftet mit Tachykardie, Tremor, innere Unruhe, geweitete Pupillen, Hyperventilation. Somatische Symptome können auch ohne psychische auftreten und es gibt Beweise, daß weniger intelligente Leute ihre Angst mehr somatisieren.

Symptom-Muster

Dieses scheint sehr vom behandelnden Arzt abzuhängen. Wheeler (78) fand 1950 heraus, daß nur 18 % dieser Patienten zum Psychiater gehen, die meisten zum Kardiologen. Daraus folgt, daß das Patientengut des Psychiaters nicht typisch ist, es zeigte sich, daß weniger als die Hälfte dieser Patienten mit einer einfachen Angstsymptomatik kamen und die anderen mit Begleitsymptomen wie Depressionen oder Alkoholmißbrauch.

Differential-Diagnose

Zu unterscheiden sind somatische Erkrankungen wie Hyperthyreose und Herzerkrankungen. Außerdem muß man darauf achten, ob die Angst in Verbindung zu anderen psychiatrischen Erkrankungen steht. Das Schwierigste ist die Unterscheidung zur Depression.

Tyrer (75) hat 1979 folgende Schritte zur Diagnosefindung der Angstneurose aufgestellt:

1. Ist die Angst pathologisch, gibt es eine physiologische Abnormität oder Verhaltensabnormität, welche mit der Angst in Verbindung stehen könnte?
2. Was ist die Ursache der Angst? Gibt es Stressfaktoren?
3. Gibt es andere psychiatrische Störungen?
4. Gibt es psychische und somatische Symptome?
5. Ist die Angst situationsbedingt oder frei flotierend?
6. Welche Persönlichkeit hat der Patient?

Prognose

Noyes (51) und andere fanden 1980 bei einer Studie über 6 Jahre heraus, daß die Diagnose Angstneurose relativ stabil bleibt und daß der Hauptwechsel in Richtung Alkohollismus geht. 12% waren symptomfrei, 56% hatten milde Symptome, 22% variable Symptome und 9% starke Symptome. Eine schlechte Prognose zeigten Patienten mit hohem Alter, einer langandauernden Krankheit und einer niedrigen sozialen Stellung.

Phobien

Marks (46) zeigt folgende Unterscheidungen der Angst bei Erwachsenen:

Die sogenannte normale Angst ist eine Angst, die häufig Kinder, aber auch Erwachsene betrifft; z.B. Höhenangst, Flug-, Spinnen- oder Dunkelangst.

Erst wenn die Ängste zu einer Beeinträchtigung des täglichen Lebens führen, zählt man sie zu den Phobien.

Phobien können deshalb wie folgt definiert werden:

- a) Angst, die in keinem realen Verhältnis zum objektiven Risiko der Situation steht.
- b) Die Angst kann nicht verstanden oder verdrängt werden.
- c) Die Angst steht nicht unter willkürlicher Kontrolle.
- d) Die Angst führt zur Vermeidung der gefürchteten Situation.

Phobien können durch äußere Ursachen entstehen, zu diesen gehören die Agoraphobie, die Sozialphobie, die Tierphobie, die vermischten spezifischen Phobien. Phobien, die durch innere Ursachen hervorgerufen werden, sind die Krankheits- und Zwangsphobien.

Phobien können ganz gesunde Menschen treffen, aber auch eine Begleiterscheinung anderer psychischer Krankheiten sein. Phobien sind nicht häufig, sie kommen nur bei 3% der psychiatrischen Patienten vor. Davon sind nur 2% wirklich schwer betroffen.

— — — Agoraphobie —

Meistens sind mit dieser Phobie eine Vielzahl phobischer Symptome verbunden und ein hoher Grad von Ängstlichkeit. Es gibt eine Überlappung zur Angstneurose. Viele Autoren glauben, daß es meistens eine Kombination ist. Die Diagnose Angstneurose wird gestellt, wenn die generalisierte und frei flotierende Angst die phobischen Symptome überwiegt. Agoraphobie ist die häufigste Phobie; 75% der Betroffenen sind Frauen, oft zwischen Ende 10 bis Mitte 30 Jahren. Sie ist oft verbunden mit

Symptomen wie Schwindel, Depersonalisation, Angst-attacken und Depressionen. Es gibt geringe Beweise durch Retrospektivforschungen, daß irgendwelche zurückliegende Ereignisse die Furcht ausgelöst haben. Der Krankheitsbeginn scheint oft mit Lebens-einschnitten, wie das Verlassen des Elternhauses, die Heirat, die Geburt eines Kindes oder der Ver-lust einer Person zusammenzuhängen. Solche Indivi-duen zeigen sehr abhängige Züge in Beziehungen zu anderen Personen vor Krankheitsausbruch.

Tierphobien

Dies ist die seltenste Form von Phobien in der Klinik und die eindeutigste. 95% betreffen Frauen. Diese Phobie zeigt meistens keine Begleitsymptome. Die Tierangst scheint seit der Kindheit zu beste-hen. Die Phobieart spricht gut auf Desensibilisie-rung an.

soziale Phobien

Diese Phobien sind Ängste Menschen zu treffen oder mit ihnen zu essen, zu trinken, zu arbeiten usw. Im Gegensatz zur Agoraphobie geht es mehr um den zwischenmenschlichen Kontakt als um die reine Men-schenmenge. Patienten mit Sozialphobien werden fast immer gut fertig mit Busfahren oder Einkaufen, solange sie anonym bleiben. Ähnlich wie bei der Tierphobie sind die Komplikationen der Alkohol und die Drogen. Phobien sind nicht angeboren, sondern sie entstehen in jedem Alter. Wenn Phobien nicht behandelt werden, fanden Agras (2) und andere 1972 heraus, verschwinden sie bei Kindern bei 40% von allein, bei Erwachsenen nur bei 6%.

Zwangsneurosen

Dies ist eine seltene Störung, sie beträgt nur 0,1 - 4,6% der psychiatrischen Bevölkerung.

Die Geschlechterverteilung ist gleich, der soziale Status und die Erziehung meistens gehoben.

Klinisches Bild

Zwangsideen kommen häufig und andauernd in den Sinn des Patienten, verbinden sich mit den normalen Gedanken und verursachen eine bedeutende Störung. Es können einzelne Worte, Sätze oder Reime sein, sie sind heftig, obszön oder blasphemisch.

Zwangsbilder sind lebende Bilder, jedoch keine Halluzinationen, häufig gewaltsamer oder sexueller Natur, die gegen den geistigen Widerstand erscheinen. Zwangsüberzeugungen sind meistens Gedanken, die auf einem magischen Glauben beruhen; z.B. wenn jemand glaubt, sein Sohn wird krank und wird sterben. Der Patient läßt sich durch die Gedanken zwar nicht täuschen, aber er kann sie auch nicht als grundlos und dumm abtun.

Zwangsgedanken sind wiederkehrende, unerschütterliche und sich oft im Kreis drehende Gedanken, z.B. über den Sinn des Lebens oder Gott.

Zwangsimpulse sind Ängste, irgendeinem Impuls nicht widerstehen zu können, z.B. mit dem Auto gegen einen Baum zu fahren, Selbstmord zu begehen oder ein Kind umzubringen.

Zwangsgedanken kommen plötzlich gegen den Willen des Patienten in sein Bewußtsein, sie sind meistens unangenehm und schauderhaft, er erkennt sie als seine eigenen dummen und sinnlosen Gedanken. Der Patient kann sie nicht als Nichtigkeit abtun, sondern versucht sie dauernd zu verdrängen.

Zwangshandlungen- und rituale sind sich wiederholende Handlungen, die auf Zwangsgedanken beruhen. Sie sind meistens nicht angenehm und haben oft symbolischen Charakter. Es sind 50 % Überprüfungsrituale,

Wasch- und Vermeidungsrituale. Ein gemeinsames Thema ist das Zählen in Anbetracht einer vorbestimmten Zahl. Stern (72) u. Cobb zeigten 1978, daß 46% der Patienten keinen oder nur geringen Widerstand gegen Rituale bilden; nur 30% bilden großen Widerstand. Ebenfalls scheint bei den meisten ca. 70% der Ort der Ritualausübung unwichtig zu sein.

Entstehung und Symptome

Die Symptome können in der Kindheit entstehen, aber dies ist ungewöhnlich; meistens entstehen sie zwischen der Jugend und dem frühen Erwachsenenalter und bleiben viele Jahre latent.

Goodwin (28) zeigte 1969 in einer Studie über die Prognose der Zwangsneurosen, daß Depression die Hauptkomplikation ist, Selbstmord dagegen selten. 40% der ambulanten Patienten wurden symptomfrei, nur 5 - 10% wurden schlechter mit fortschreitender Symptomatik. 65% der Patienten entwickelten ihre Krankheit vor dem 25. Lebensjahr, weniger als 15% nach dem 35. Lebensjahr. Die Zeit vom Beginn der Krankheit bis zum Ausbruch beträgt meistens 7 Jahre.

Als Differential-Diagnose muß man zwanghaftes Benehmen berücksichtigen, welches als normale Erscheinung in allen Altersgruppen vorkommt. Rituale und Aberglaube sind in vielen Kulturen noch ein Hauptbestandteil des Lebens. Die Gehsteigkante beim Spaziergehen zu vermeiden, das Spielzeug in einer bestimmten Art hinzulegen oder bestimmte Gewohnheiten beim ins Bett gehen sind in der Kindheit normal. Viele Zwänge der Erwachsenen haben ihren Ursprung in Kindheitsbeneden; sie können dazugehören, eine spätere Verdrehung sein oder enge Verwandtschaft zu dem Kindheitsbeneden haben.

Zwangssymptome und Depressionen gehören oft zusammen. Die Depression kann danach, davor oder gleichzeitig entstehen. Ungefähr 31 % von schwer Depressiven entwickeln Zwangssymptome. Solche Patienten scheinen eine normale Persönlichkeit zu haben und wenn ihre Depression behandelt ist, gehen auch die Zwangssymptome zurück. Ihr Selbstmordrisiko ist um 1/3 kleiner als das der Patienten ohne Zwangssymptomatik. Bei einem depressiven Kranken mit zwanghaften Charakterzügen scheinen die Zwangssymptome verschlimmert zu werden. Die Zwangsneurose ist jedoch nicht einfach eine Komplikation der Depression. Depressive Launen sind bei zwanghaften Patienten häufig vorhanden und sie bleiben auch nach erfolgreicher Behandlung der Zwangssymptomatik bestehen. Millar (49) fand 1980 heraus, daß Zwangsneurosen von anderen durch diese depressiven, negativen Lüge unterschieden werden können. Er glaubte, daß Zwangssymptome ein neurotisches Deckmuster im Kampf gegen die Depression ist. Die Ängste bei Phobien sind irrational und werden nur bei Angstsituationen hervorgerufen. Im Gegensatz dazu verbringt ein Patient mit einer zwanghaften Angst, z. B. gegen Schmutz und Unrat viel Zeit damit zu in seiner Umgebung Merkmale, welche ihn beunruhigen könnten, ausfindig zu machen. Er schaut dauernd nach Schmutz, auch in der saubersten Umgebung. Marks (46) hat 1909 beschrieben, daß die zwanghafte Angst nicht auf ein Objekt oder eine Situation gerichtet ist, sondern mehr auf die mögliche Konsequenz, z.B. bei der Hunde-Angst hat der Phobiker Angst, wenn er einen Hund sieht, der Zwanghafte dagegen fürchtet mehr den Kontakt mit hunden; er ist also mehr über Hunde beunruhigt, die er nicht sieht, als über die, welche er sieht.

Behandlung

Einfache Beruhigung ist wichtig und man darf nicht die unrealistischen Ideen und das Benehmen gutheißen.

1. Stellvertretendes Lernen und Modellieren ist eine Methode, bei welcher der Therapeut eine Angstsituation furchtlos durchspielt und der Patient dann aufgefordert wird, das nachzumachen.
2. Eine weitere Behandlung beruht auf der Beobachtung, daß häufige Ausübung der Zwangssituation keine Schwächung, sondern eine Steigerung der Angst hervorruft. Daraus folgt, daß eine Unterbrechung des Zwangsverhaltens angebracht ist; dies gelingt mittels Bestrafung, mündlicher Überredung oder Umänderung in anderes Verhalten. Solche Behandlung ist relativ kurz (3 - 8 Wochen) und sie scheint fort-dauernde Effekte zu bringen.
3. Studien über die Behandlung mit Clomipraminen in den letzten 10 Jahren haben keine endgültige Klarheit gebracht, ob die mehr depressiven oder zwanghaften Symptome gebessert werden. Thoren (74) u.a. zeigten 1980, daß Clomipramine viel bessere Wirkung auf Zwangssymptome zeigten als Nortriptyline. Der Wirkungseintritt dauerte 5 Wochen, unabhängig von der Art des Patienten oder der Begleitsymptome.

Physikalische Behandlung

beidseitige Leukotomie, estricted orbital undercutting, stereotaktische Implantation von radioaktivem Material.

Ursache:

Aus psychoanalytischer Sicht

Freud (23) glaubte, daß Zwangsneurosen für den Mann üblicher sind, und zwar als ein Ergebnis aus einer frühen aggressiven sexuellen Verfehlung.

Zwangssymptome sind als verkleidete Selbstvorwürfe für eine sexuelle Handlung in der Kindheit zu betrachten. Eine spätere These ist, daß die Zwangsnervose ein Rückschritt auf die anal-sadistische Phase ist, ein Konflikt zwischen Aggressivität und Unterwerfung, Grausamkeit und Güte, Schmutz und Sauberkeit, Ordnung und Unordnung.

Lerntheoretischer Standpunkt

Es ist klar, daß Zwangsrituale keine einfache Vermeidungshandlung auf einen unterdrückten schädlichen Stimulus sind, weil sie die Angst eher steigern als reduzieren. Teesdale (73) fand 1974 heraus, daß die Konflikte, die wegen der Verrichtung oder Nicht-Verrichtung von Ritualen entstehen, die gleiche negative Konsequenz für den Patienten haben. Mit anderen Worten; es ist also egal, ob der Patient den Zwängen nachgibt oder nicht. Dies erklärt die Unlenkbarkeit der Zwangsrituale aber nicht ihren Ursprung.

Psychosomatische Störungen

Diesen Störungen ist die Verbindung zwischen einem physikalischen Symptom mit psychologischer Belastung gemein. Viele dieser Symptome scheinen verwandt zu sein und einen gemeinsamen Ursprung zu haben.

Die hysterische Neurose

Der Begriff Hysterie wird benutzt als:

1. Ein Verhaltensmuster, welches von hysterischen Personen und solchen mit einem hysterischen Charakter gezeigt wird.
2. Als Hinweis auf physikalische Symptome bei dem geistigen Prozeß der Konversion, nämlich der hysterischen oder reaktiven Konversion.
3. Als Hinweis auf einen ähnlichen Mechanismus in unterschiedlichen Stadien der Amnesie.

4. als Briquet's Syndrom oder St.Luis Hysterie, welches Syndrome bei Frauen mit vielen somatischen Beschwerden ohne organische Grundlage beschreibt, die chronisch werden.
5. als psychoanalytischer Begriff für "Angsthysterie", welcher ein phobisches Stadium beschreibt.
6. als Massenhysterie, welche das schnelle Ausbreiten eines Symptoms oder einer Handlung von Individuum zu Individuum beschreibt.
7. als Begriff, der von Internisten und Psychiatern verwendet wird, um einen Patienten zu beschreiben, der Symptome verstärkt oder simuliert.
8. als Diagnose in der allgemeinen Medizin, wenn für ein Symptom keine Erklärung durch Test und Überprüfungen herausgefunden werden kann.
9. als Begriff, um das plötzliche Auftreten von schwerer Erschöpfung oder einem Kollaps erklären zu können.
10. als Begriff "hysterische Psychose", um Symptome wie Veitstanz und Amoklauf, die in bestimmten Kulturen vorkommen, zu beschreiben oder als akutes psychiatrisches Symptom, welches man hauptsächlich bei Frauen in westlichen Kulturen antrifft, welches plötzlich anfängt und endet und nur wenige Tage dauert.

Die Spannweite dieser Begriffe ist eindeutig sehr groß. Das DSM III hat versucht, die Schwierigkeit zu lösen, indem sie den Begriff "Hysterie" auslassen. Stattdessen werden Begriffe benutzt wie "somatische Störungen" oder "fiktive Störungen", die einheitlicher sind.

Die Symptome der Hysterie sind von vielseitigen physikalischen Beschwerden gekennzeichnet an den verschiedensten Stellen des Körpers. Die Beschwerden werden dramatisiert und es kann fast jedes Symptom vorkommen, meistens jedoch in der Brust und am Herzen, wie Dyspneu, Herzjagen, Brustschmerz, dann folgen Rücken- und Gelenkschmerzen, sowie Menstruationsbeschwerden. Genauso wie physikalische Symptome zeigen die Patienten psychische Symptome, wie Nervosität, Angst, Depression und Reizbarkeit.

Es ist schwer zu entscheiden, ob es für den Patienten ein bewußter oder unbewußter Vorgang ist. Die Symptome beginnen gewöhnlich in der Jugend und dauern das ganze Leben in unterschiedlicher Ausprägung an. Woerner (79) und Juze fanden 1968 heraus, daß in den USA die krankheitsverbreitung bei Frauen 1 % beträgt, aber bei weiblichen Nachkommen über 20 %, bei männlichen Nachkommen zeigt sich eine Tendenz zur psychopathischen Persönlichkeit und zum Alkoholismus. Es gibt jedoch keine eindeutigen Beweise für die Vererbung.

Bei der Hysterie zeigen sich oft Konversions-Symptome, diesen ist der Verlust oder eine Änderung einer physikalischen Funktion gemeinsam, welche scheinbar eine physikalische Ursache haben, aber in Wirklichkeit durch einen psychischen Konflikt hervorgerufen werden. Die häufigsten Symptome sind: Lähmung, Betäubung, Anfälle, Parästhesien, Gehörlosigkeit. Andere Sinne sind oft abgeschwächt und führen augenscheinlich zur Blindheit, dem Tunnel-Symptom oder zur Taubheit. Eine Studie von Slater (70) 1965 zeigte, daß von 85 Patienten mit der Diagnose Hysterie 6 Jahre später nur 39 keine organische Krankheit hatten, und einige von diesen hatten Diagnosen wie Schizophrenie oder endogene Depression. Es wurden also viele echte organische Krankheitsbilder übersehen und fehldiagnostiziert. Für die Symptome der Hysterie ist der plötzliche Beginn im Zusammenhang mit einem wirklichen Stressfaktor charakteristisch. Diese Patienten sind sehr erregt und ängstlich. Es gibt keine deutlichen Geschlechtsunterschiede bei dieser Diagnose. Nur die Globus-Hysterie scheint bei Frauen häufiger zu sein. Der Krankheitsverlauf ist oft kurz mit plötzlichem Beginn und vollständiger Besserung. Während der Symptomatik ist der Patient meistens unfähig zu arbeiten oder den Haushalt zu versorgen.

In einigen Fällen, in denen die Symptomatik verlängert ist, können Komplikationen wie Muskelschwund auftreten. Freud (24) behauptete, daß man Konversionssymptome hauptsächlich bei Frauen der Gehobenen- bis Mittel-Klasse findet.

Bewußtseinsstörungen sind eine plötzliche zeitliche Änderung in den Funktionen des Bewußtseins. Es zeigt sich normalerweise eine Schwächung des Gedächtnisses und der Erwerb einer neuen Identität. Außerdem gibt es Anzeichen von Depersonalisation und anderen psychiatrischen Störungen. Konversionssymptome und Bewußtseinsstörungen findet man häufig gemeinsam, wahrscheinlich weil bei beiden der seelische Konflikt in physikalische Symptome übertragen wird.

Die psychisch-bedingte Amnesie, die bei der Hysterie vorkommt, beginnt mit der plötzlichen Schwächung des Gedächtnisses, dem Vergessen von wichtigen persönlichen Daten. Meistens bezieht sich der Gedächtnisverlust nur auf einen bestimmten Zeitraum. Der totale Gedächtnisverlust mit Erhalt der normalen Geschicklichkeit, wie Essen, Telefonieren usw. ist seltener. Dieses Symptom, welches plötzlich beginnt und wieder endet, wird häufiger in der Jugend gefunden und muß von organischen Ursachen wie dem Alkoholismus, der Epilepsie und dem posttraumatischen Ereignissen abgegrenzt werden. Der psychisch-bedingte Ausfall beinhaltet das plötzliche Entfernen von zu Hause oder von der Arbeit während einer Amnesie. Das Benehmen während dieser Zeit ist oft sehr zweckmäßig, es dauert meistens nur Stunden, kann aber auch über Wochen verbleiben. Die Änderungen bei einer Temporallappen-Epilepsie sind normalerweise weniger komplex und ohne den Versuch eine neue Identität anzunehmen. Es ist unmöglich, diesen Ausfall von einem simulierten Verhalten zu unterscheiden.

Ein weiteres seltenes Symptom ist die Annahme einer anderen neuen Persönlichkeit von Zeit zu Zeit oder dauernd.

Der Beginn der psychisch-bedingten Schmerzsymptomatik hängt meistens mit einem gefühlsmäßig belastenden Ereignis zusammen. Der Krankheitsgewinn wäre das Vermeiden einer bestimmten Handlung und die Beachtung durch Bekannte oder Verwandte. Man muß bei der Beurteilung der Schmerzen die unterschiedliche Schmerzschwelle bei verschiedenen Personen beachten. Man kann zwei Gruppen unterscheiden: Bei der einen folgt auf die Schmerzsymptomatik eine depressive Symptomatik, bei der anderen Gruppe beginnen Depression und Schmerz gleichzeitig. Bei der zweiten Gruppe können durch eine Therapie mit Antidepressiva oder Elektroschocktherapie beide Symptome verschwinden, bei der ersten Gruppe bleibt meistens die Depression.

Hypochondrische Neurose

Wie die Hysterie hat der Begriff Hypochondrie mehrere Bedeutungen:

1. Dieser Begriff kann im Zusammenhang stehen mit dem krankhaften Bemühen um die Gesundheit oder Lebensverlängerung.
2. Als Beschreibung für Personen, die sich an der schlechten Gesundheit zu erfreuen scheinen und immer wieder neue Symptome suchen.
3. Als Beschreibung für die Überzeugung eine Krankheit zu haben, oder die unrealistische Furcht des Fortschreitens einer tatsächlichen Krankheit.

Kenyon (35) hat 1964 in einer Studie über 512 Patienten mit der Diagnose Hypochondrie berichtet. Die häufigste Krankheitsregion ist der Kopf und Nacken, dem folgen Bauch und Brust. Das häufigste Krankheits-system ist der Muskelskelettapparat, dann folgt der

Magen-Darmtrakt und zuletzt das zentrale Nervensystem. Bei Einseitigkeit waren die Symptome meistens links. Bei den hysterischen somatisierten Störungen liegt eher eine Beschäftigung mit den Symptomen vor, als die Angst vor einer bestimmten Krankheit oder das Interesse nach dem Ursprung.

Kenyon (36) beschrieb 1976 in einer Studie, daß die Mehrheit von hypochondrischen Symptomen sekundäre Symptome bei anderen Krankheiten, wie Depression, Paranoia, Schizophrenie und Angststadien sind. Er ließ den Begriff "primäre Hypochondrie" nur zu, wenn man keine anderen psychiatrischen Diagnosen stellte, also nur bei 1 % der ursprünglichen Diagnose. Die Geschlechterverteilung war gleich und das Hauptmanifestationsalter zwischen 30 und 39 Jahren.

Die Ursachen von Hysterie und Hypochondrie

Freud (24) führte den Begriff Konversion ein, womit er die harmlose Wiedergabe von gefährlichen und bedrohlichen Ideen durch eine Übertragung in physikalische Symptome meinte. Die Übertragung erfolgt unbewußt und die physikalischen Symptome haben eine symbolische Bedeutung. Als Beispiel sei hier eine Frau angeführt, die mit dem Gedanken spielt ihren Mann umzubringen und daraufhin eine Lähmung im rechten Arm erleidet. Die Erleichterung des emotionalen Konfliktes wird als Gewinn 1. Ordnung betrachtet, das Mitleid und das Interesse der Umwelt an der Krankheit als Gewinn 2. Ordnung.

1951 beschrieb Parsons (52) die Rolle des Kranken und fand heraus, daß in unserer Gesellschaft der Kranke viele Privilegien genießt. Er braucht nicht länger zu arbeiten, genießt Aufmerksamkeit und Mitleid der Umwelt; die einzige Bedingung, die an ihn gestellt wird, ist Hilfe anzunehmen und sich einer Behandlung zu unterziehen.

Das zweite Konzept ist das Krankheitsverhalten, es reicht vom stoischen Aushalten bis zum hysterischen Dramatisieren. Die Kommunikation zum Arzt kann verbal oder nur im Vorweisen der physikalischen Symptome sein. Auch die Einstellung zur Diagnose und Behandlung ist sehr unterschiedlich. Es gibt Studien, die herausgefunden haben, daß Mediterraneer im Gegensatz zu Anglosachsen ihre Krankheitssymptome hypochondrischer, überzeugender und mehr somatisch ausdrücken. Das Krankheitsverhalten scheint ein angelernter Prozeß zu sein, der auf der ersten Erfahrung beruht. Es gibt Personen für die die normalen Lebensaufgaben so beschwerlich sind, daß sie die Krankheitsrolle in der meisten Zeit ihres Lebens bevorzugen, andere tun dies nur bei besonderem Streß, wie Partnerverlust oder Angst vor Schuld und Gefängnis.

Die Handhabung psychosomatischer Beschwerden

Ärzte lassen sich in der Regel nicht gern vom Patienten manipulieren oder kommandieren und konfrontieren deshalb oft den Patienten mit seinen vermeintlich hypochondrischen Beschwerden. Dies führt natürlich zum Streit und nicht selten zum Weggehen des Patienten und zum Aufsuchen eines anderen Arztes, eines Spezialisten. Das Problem ist, zwischen bewußten und unbewußten Symptomen des Patienten zu unterscheiden; dies ist in den meisten Fällen unmöglich, da es sich auch bei einem Patienten ändern kann, in Anbetracht der Belastung und des Stresses.

Der beste Weg ist nicht die Konfrontation, sondern die Beteuerung, daß diese Symptome harmlos sind und vollständige Genesung zu erwarten ist. Zuerst sollte alles ohne großes Aufsehen überprüft werden, um dann die psychosomatischen Beschwerden zu ignorieren.

Dieses Vorgehen sollte unter Einbeziehung der Umgebung des Patienten ausgeführt werden. Das Ziel ist es, die Vorteile der Krankheitsrolle zu reduzieren. Es ist wichtig, daß der Patient seine Symptome ablegt, ohne die Selbstachtung zu verlieren.

Andere neurotische Krankheitsbilder

Verunstaltungsangst

Hierbei beklagt der Patient einen vermuteten Fehler in seiner äußeren Erscheinung, von dem er überzeugt ist, daß er von der Umwelt gesehen wird. In Wirklichkeit ist seine Erscheinung ganz normal. Plastische Chirurgen haben viel mit diesen Patienten zu tun und eine Operation beseitigt manchmal die Krankheit. Diese Symptome können aber auch erste Anzeichen einer psychiatrischen Erkrankung sein.

Depersonalisations- und Derealisations-Symptome

Depersonalisation begegnet man extrem häufig, sowohl bei Gesunden, als auch bei Kranken. Dieses Phänomen, welches sprunghaft auftritt, hat immer einen Beigeschmack von Ungewohntem und Unbehaglichem; es wird eher als eine Veränderung im Erleben, als eine Veränderung in der Realität beschrieben. Der Patient fühlt sich z.B. hohl, tot oder wie eine Puppe.

Derealisation beschreibt die Veränderungen, die in der Umgebung scheinbar auftreten. Hierbei erscheint ein Raum z.B. auf einmal enger, breiter oder zweidimensional.

Depersonalisation und Derealisation können bei großer emotionaler Belastung wie Müdigkeit, Angst, bei Depression, Schizophrenie oder durch Drogen auftreten. Sie sind häufig Symptome bei psychiatrischen Krankheitsbildern.

Neurotischer Abwehrmechanismus

Dies ist ein sehr umstrittenes Thema. Man fand heraus, daß bei Frauen, bei denen man die Diagnose Brustkrebs gestellt hatte, und es ihnen mitgeteilt hat, die Prognose bei denjenigen besser war, die diesen Befund verleugneten, als bei denjenigen, denen es mißlang ihn zu verleugnen. Es scheint bei jedem Menschen Abwehrmechanismen zu geben, mit Hilfe derer man unbewußt versucht, mit Belastungen fertig zu werden. Es gibt eine Theorie, die besagt, daß die starke Benutzung solcher Abwehrmechanismen eventuell zur Neurose führt. Eine andere Theorie besagt, daß umfassende Abwehrmechanismen zu neurotischen Symptomen führen.

Folgende Abwehrmechanismen werden beschrieben

Unterdrückung

Freud (23) glaubt, daß dies der Hauptabwehrmechanismus sei und die anderen erst bei seinem Scheitern einsetzen. Gedanken und Gefühle, die für das Bewußtsein unakzeptabel sind, werden ins Unbewußte verdrängt.

Verleugnung

Dies ist eine unwillkürliche und automatische Handlung bei vielen, wenn sie z.B. gesagt bekommen, daß sie Krebs haben, obwohl ihnen die Beweise und Erklärungen der Diagnose einleuchten.

Reaktive Gestaltung

Hiermit ist der Vorgang gemeint, eine gegensätzliche Stellung zu dem zu entwickeln, womit man kämpft. Also z.B. überpünktlich, sauber und ordentlich zu sein, wenn man selber schmutzige und chaotische Gefühle hat.

Verdrängung oder Ersetzen

Dies ist die Übertragung von Affekten wie Angst und Furcht von einer Person, Situation oder Objekt auf ein anderes, zu dem es keinen Bezug hat. In der Psychoanalyse werden Phobien als Übertragung von einer unbewußten Angst erklärt. Ein alltägliches Beispiel ist, wenn die Frau ihre Wut auf ihren Mann an den Kindern ausläßt.

Erklärung

Hierbei versucht die Person eine logische und glaubhafte Erklärung für ihr Verhalten zu finden, um sich und die anderen von der Richtigkeit ihrer unvernünftigen Handlung zu überzeugen.

Sublimierung (Verwandlung)

Hierunter fällt z.B. die Veränderung von sexuellem und aggressivem Verhalten in andere höherstehende Aktivitäten, oft mit großem Eifer und Erfolg. Dieses ist der effektivste unbewußte Abwehrmechanismus, da keine anderen Symptome produziert werden und es sowohl zugunsten des Handelnden als auch zugunsten der Anderen ist.

1.2 Zusammenfassung wichtiger Forschungsergebnisse über Persönlichkeitsstörungen

1.2.1 Grundlagen über Forschungsergebnisse der Persönlichkeitsstörungen

Klassifikation

Bisher wird es so gehandhabt, daß Verhaltensweisen, die man sich nicht erklären kann und die in keine psychiatrische Diagnosenkategorie passen und auf keine Behandlung ansprechen als Persönlichkeitsstörung aufgefaßt werden.

Die meisten Klassifikationssysteme berücksichtigen nur den klinischen Eindruck oder sind die persönlichen Eindrücke von bedeutenden Psychiatern. Das Problem ist natürlich auch bei der Vielseitigkeit von Persönlichkeiten zwischen normal und abnormal zu unterscheiden.

normale Persönlichkeit

Die Persönlichkeit wird normalerweise als das verstanden, was ein Individuum von den anderen unterscheidet. Sie besteht seit der Jugend und ist stabil in der Stimmung. Sie sollte in verschiedener Umgebung konstant und für Fremde und Bekannte erkennbar sein.

Das Typ-Modell

Die Typ-Theorie teilt die Personen in bestimmte Kategorien auf und versucht daraus das Verhalten zu erklären. Das Problem ist jedoch, daß sich die meisten Individuen keinem bestimmten Typ streng zuteilen lassen.

Die früheste Typeneinteilung erfolgte durch Kretschmer (40) 1925 und Sheldon (68) 1954 und zwar anhand der Körpererscheinung:

(endomorph) Kleine und dicke Leute werden als sozial, entspannt und immer gemäßigt beschrieben.

(ectomorph) Große und schlanke Personen werden als beherrscht, selbstbewußt und vernarrt in die Einsamkeit geschildert.

(mesomorph) Schwere und muskulöse Menschen werden als aufrecht, standfest und vernarrt in die körperliche Aktivität beschrieben.

Diese Theorien haben wenig Korrelation gezeigt, wenn auch ohne Zweifel die äußere Erscheinung einen Einfluß auf die Persönlichkeit hat. Jung (34) beschrieb 1928 zwei Typen, die Introvertierten und die Extravertierten.

Das Charakter-Modell

Dieses Modell beruht darauf, daß es gemeinsame Charakterzüge in unterschiedlichen Graden bei allen Menschen gibt, die das Verhalten beeinflussen. Es ist richtig, daß man von bestimmten Handlungen auf den Charakter schließen kann, jedoch gelingt dies nicht in umgekehrter Richtung.

Cattell (11) entwickelte 1968 ein Modell "16 personality factor questionnaire".

Eysencks (19) Persönlichkeitsmodell besteht aus vier Dimensionen, der Intro- und Extraversion, der Neurotizismus- und Psychotizismusstabilität und der Intelligenz. Daraus entwickelten sich dann Modelle zur Abschätzung der Persönlichkeit wie z.B. das MPI.

Eysenck (19) fand heraus, daß eingeeengte und psychopathische Patienten einen hohen Neurotizismusgrad und eine starke Extraversion zeigen. Zwangs- und Angst-Patienten haben einen hohen Neurotizismusgrad und eine starke Introversion. Das MPI versucht den Konflikt von normaler und abnormaler Persönlichkeit zu vermindern, indem es den Charakter als Depression, Hypochondrie, Hysterie und Paranoia abschätzt.

Das Modell der Einschränkung

Dieses Modell unterscheidet sich von den anderen, indem es die Analyse auf ein eingegrenztes Gebiet im Verhalten beschränkt. Ein Modell ist von Rotter (62) 1966, der die

Persönlichkeit nach dem Fertigwerden mit einer auswerfenden Situation beurteilt, ob der Patient selbst und ohne fremde Hilfe mit dem Problem fertig wird.

Das psychodynamische Modell

Dieses Modell beruht auf dem Unbewußten. Das Problem ist, daß sehr unterschiedliche oder auch gegensätzliche Verhalten dem gleichen unbewußten Konflikt zuzuordnen sind. So kann z.B. Aggressivität in Wut oder auch durch einen Kompensationsmechanismus in Rücksichtnahme ausgedrückt werden.

Freud's (22) Theorie vom Es, Ich u. Überich hatte großen Einfluß auf dieses Modell. Die meisten Psychiater wie Adler (1), Fromm (25) u.a. glauben, daß das Es weniger Einfluß auf die Persönlichkeit hat, sondern daß die Lebenserfahrung bedeutender ist. Rogers (60) "Selbst-Bild-Theorie" ist ein anderes psychodynamisches Modell. Hierbei ist die Selbstachtung, der Eindruck des Menschen von sich selbst, ob er mit seinen Idealvorstellungen übereinstimmt oder nicht, wichtig. Je größer die Übereinstimmung des Individuums mit seinem Idealbild, desto glücklicher und zufriedener ist er.

Das soziale Lernmodell

Dieses Modell glaubt, daß die Umgebung und die äußeren Einflüsse am bedeutensten für das Verhalten sind und daß die unterschiedlichen Persönlichkeiten auf Unterschiede in Lernerfahrungen beruhen.

Das Reflektions-Modell

Hier überwiegt die Vorstellung, daß das Feedback zwischen Individuum und Situation das Wichtigste für das daraus resultierende Verhalten ist. Für die Interaktion ist die Intelligenz, die Motivation und die Bedeutung für das Individuum wichtig.

Die Stabilität der Persönlichkeit

Eine häufige Annahme ist, daß die Persönlichkeit stabil ist. Studien von Block (8) 1971 an 100 Patienten über 25 Jahren bestätigen dieses. Studien über Charakterzüge wie Ehrbarkeit, Selbstkontrolliertheit und Aggressivität haben jedoch gezeigt, daß abhängig von der Umgebung das Verhalten unterschiedlich ist. Die Sozialpsychiater glauben, daß das Verhalten mehr von der Situation als vom Charakter (Persönlichkeit) abhängt. Viele Eigenschaften bleiben immer gleich, wie Körperhaltung, Gestik und die Art zu sprechen. Die Schlußfolgerung dieser Beobachtung könnte sein, daß es besser für Individuen mit Persönlichkeitsstörungen ist, Situationen zu finden, in denen sie sich weniger stark fehlverhalten, als ihre ganze Persönlichkeit durch Psychotherapie zu ändern.

Die nicht-normale Persönlichkeit

Die WHO definiert 1978 nicht-normale Persönlichkeit als tief-ingewurzeltes Fehlverhalten seit der Jugend oder noch früher, meistens bis ins Alter. Die Persönlichkeit ist in ihrer Ausgewogenheit, ihrer Qualität und ihrem Ausdruck gestört, der Patient oder die Umwelt leiden darunter. Die ICD-Klassifikation erlaubt einem Patienten mehrere Persönlichkeitsstörungen zu geben. Das DSM III unterscheidet zwischen persönlichen Charakterzügen und Persönlichkeitsstörungen. Die Diagnose Persönlichkeitsstörung wird in einer anderen Ebene gegeben als die psychiatrische Krankheit, so kann z.B. zu der Diagnose Schizophrenie noch eine Zweitdiagnose Persönlichkeitsstörung hinzukommen.

Einige wichtige Beiträge

In Schneiders (65) psychopathischem Persönlichkeitsmodell wird nicht-normale Persönlichkeit als eine Variation einer angenommenen Durchschnittspersönlichkeit definiert. Er fand heraus, daß diese Gruppe von nicht-normalen Persönlichkeiten sehr groß ist und bildete zwei Untergruppen.

Diese nannte er psychopathische Persönlichkeiten. Bei der einen Gruppe leidet der Patient unter den Symptomen, bei der anderen leidet die Umwelt.

Er beschrieb folgende Untertypen:

hyperthyme, depressive, sensitive, anankastische, explosive, affektlose, willfähige, fanatische, labile, asthenische und vorsichtige Psychopathen.

Schneider (65) glaubte, daß der Hauptmanifestationsgrund genetisch war. Studien von Foulds (20) beschäftigen sich mit dem Unterschied von Persönlichkeitsstörung zur psychiatrischen Krankheit. Eine psychiatrische Krankheit unterscheidet sich deutlich vom Gesundheitszustand und zeigt von Anfang an eine deutliche Wandlung des Individuums. Bei Persönlichkeitsstörungen stützt sich die Änderung auf das normale Bild des Patienten.

Modell 1:



Dieses Modell beruht auf einer genauen Einteilung in eine von zwei Kategorien, entweder Persönlichkeitsstörung oder psychiatrische Krankheit oder keines von beiden.

Modell 2:



Dieses Modell besagt, daß alle, die eine psychiatrische Krankheit haben, auch eine zugrundeliegende Persönlichkeitsstörung haben, aber nicht umgekehrt.

Modell 3:



Alle Personen mit Persönlichkeitsstörungen haben auch eine psychiatrische Krankheit

Modell 4:



Bei diesem Modell wird kein Unterschied zwischen Persönlichkeitsstörung und psychiatrischer Krankheit gemacht, sondern beides wird als Ganzes unterschiedlicher Ausprägung gesehen.

Modell 5:



Dieses Modell glaubt an eine teilweise Überlappung von Persönlichkeitsstörung und psychiatrischer Krankheit. Foulds (20) baute dieses Modell noch weiter aus in ein System aus 9 Kategorien.

Tyrer (76) und Alexander (76) entwickelten 1979 ein Interviewsystem zur Erkennung von Persönlichkeitsstörungen (PAS). Dieses System besteht aus 24 Persönlichkeitsvariablen, die auf drei Arten gewonnen werden:
 durch Eigenbeurteilung, Beurteilung des Untersuchers und Beurteilung durch einen Bekannten, der den Patienten mindestens 10 Jahre kennt.

1.2.2 Die Persönlichkeitsstörungen und ihre Symptome

hysterische Persönlichkeit

Chordoff (13) und Lyons (13) beschrieben folgende verwandte Charakterzüge, die sie der hysterischen Persönlichkeit zuordneten, den Egoismus, die Eitelkeit, die Selbstnachsichtigkeit, den Exhibitionismus, das Dramatisieren, die ungezügelten Affekte, die Reizbarkeit, die Unstandhaftigkeit, die emotionale Flachheit, außerdem sexuelle Frigidität und Unreife.

Ljungberg (43) 1957, Slavney (71) 1974 und Wiegler (81) 1962 fanden keinen eindeutigen Symptomenkomplex, der zur Diagnose der hysterischen Persönlichkeit paßt.

Slavney (71) fand als typisch bei hysterischen Patienten: junge Frauen nach einem Selbstmordversuch oder mit depressiven Symptomen, häufig das Produkt einer unglücklichen Umgebung bzw. Ehe. In dieser Gruppe zeigte sich keine besondere erbliche Belastung, sondern nur eine übernormale hohe depressive Symptomatik im Vergleich zur Kontrollgruppe.

zwanghafte Persönlichkeit

Es gibt keine klare Trennung zwischen Charakterzügen der zwanghaften Persönlichkeit und den Symptomen der Zwangsneurose in Bezug auf das Verhalten. Als Beispiel kann man zwei Hausfrauen anführen, die beide extremen Wert auf Ordnung und Sauberkeit legen und viel Zeit darauf verwenden. Die eine Frau ist stolz auf ihre Arbeit und auch ihre Familie stört sich nicht daran; dies wäre dann eine zwanghafte Persönlichkeit. Die zweite Frau, die genau die gleichen Handlungen ausführt, ist mit ihrer Handlung unzufrieden, kann sie jedoch nicht unterdrücken; dies wäre eine Zwangsneurose.

Die Trennung zwischen diesen beiden Diagnosen kann aber nicht in jedem Fall so einfach gezogen werden. Viele Menschen haben zwanghafte Charakterzüge ohne jemals psychiatrisch zu erkranken.

Pollit(55) fand 1960 heraus, daß zwanghafte Persönlichkeiten häufig mit Depression, Angst, Anorexia, Migräne und Duodenal Ulcus in Verbindung stehen.

Borderline_Persönlichkeitsstörung

Charaktereigenschaften wie Spontanität, Instabilität und Eindringlichkeit sollen zu dieser Persönlichkeit gehören. Unangepaßtheit, Wutausbrüche, Kontrollverlust und Selbstverstümmelung sollen vorkommen, ebenso eine normal bis depressive Stimmung, Angst und Reizbarkeit. Diese Menschen fühlen sich oft einsam, leer und haben keine feste Lebenseinstellung. Der Begriff Borderline kommt von der Grenzstellung zwischen Psychose und Normalität. Die Verwendung dieses Begriffes ist bei den Psychiatern sehr widersprüchlich. Kroll(41) u.a. entdeckten, daß viele Borderline-Patienten im ICD 9 mit Ausdrücken wie hysterisch, explosiv, unangemessen und unreif betitelt werden und die Diagnose "neurotische Depression" erhalten.

schizoide_Persönlichkeitsstörung

Dieser Personenkreis hat geringes Interesse an sozialen Kontakten, zeigt wenig Sinn für Humor. Diese Patienten erscheinen selbstbezogen und geistesabwesend. Kretschmers(40) Beschreibung von 1963 beruht nicht auf denselben Charakterzügen, er glaubte eine Persönlichkeit gefunden zu haben, die das Vorstadium der Schizophrenie ist.

narzisstische_Persönlichkeitsstörung

Die Haupteigenschaften dieser Persönlichkeit sind verstärkte Selbstbeachtung, Fantasien über unbegrenzten Erfolg, Kraft, Schönheit oder die ideale Liebe. Einige Autoren beschreiben das Fehlen von Wärme und Einfühlsamkeit, die Intolleranz gegenüber eigenen Fehlern. Kohut(38) (1968) behauptet, daß man die Diagnose nur aus der spontanen Übertragung aus einer Analyse stellen kann und nicht

über die Symptome oder das Verhalten. Die narzisstische Persönlichkeitsstörung ähnelt der Borderline-Persönlichkeit, jedoch ist das Selbst zusammenhängender und löst sich weniger in psychopathische Eigenschaften unter Streß auf. Diese Personen haben größeren Erfolg in der Arbeit und zeigen geringere Selbstzerstörung als Borderline-Persönlichkeiten. Die Grenze zwischen dieser Gruppe und der antisozialen Persönlichkeit ist unscharf, bei der narzisstischen Persönlichkeit tritt antisoziales Verhalten nur phasenweise auf.

antisoziale Persönlichkeitsstörung

Dieses Verhalten enthält antisoziales, straffälliges oder kriminelles Verhalten, welches in der Kindheit oder frühen Jugend beginnt und meistens durch Störungen im Familienleben, der Schule und anderen Bereichen sich manifestiert. Soziopathische und psychopathische Persönlichkeitsstörungen werden hier synonym verwendet.

historischer Hintergrund

1801 beschrieb Pinel (54) antisoziale Personen in "Manie sans Delire".

1812 beschrieb Rush (63) rücksichtslose Personen in "Derangement of the moral faculties".

1835 gründete Pritchard (56) den Begriff "moral insanity" (Moral-Krankheit); dies sind Personen, die mit gutem Gewissen skrupellose Handlungen begehen.

1839 behauptete Morel (50), daß ein degenerativer Prozeß für dieses Verhalten verantwortlich sei.

1893 erweiterte Magnan (44) das Vererbungskonzept, indem er behauptete, daß es einen fortschreitenden Prozeß gibt, von der Manie bis zur Idiotie oder dem Schwachsinn bei der vererbten Degeneration; bei den intellektuell Höheren würde dieser Prozeß zu Moraldefekten führen.

1891 bildete Koch (37) als erster den Begriff psychopathisch, er sprach von psychopathischer Minderwertigkeit. Dieser Begriff war aber sehr weitläufig und bezeichnete fast alle Charakterabweichungen vom Durchschnitt.

Haudsley (47) und Kraepelin (39) stimmten anfangs dem degenerativen Modell zu. Kraepelin löste sich später und übernahm den Ausdruck psychopathische Persönlichkeit. Er hielt Psychopathien teils für unterentwickelte Psychosen, teils für konstitutionelle Persönlichkeitsabnormitäten.

Er teilte sieben Untergruppen ein:

reizbar, unausgewogen, impulsiv, exzentrisch, lügnerisch, antisozial und zänkisch.

1939 beschrieb Henderson (29) drei Gruppen:

die aggressive, die unangemessene und die kreative Gruppe.

1966 gründete Cleckley (12) den Begriff soziopathisch und setzte ihn synonym mit antisozialer Persönlichkeit. Er glaubte, daß der Krankheitsbeginn nicht später als mit dem 20. Lebensjahr einsetzt. Als dazugehörige Begriffe nannte er Kälte, Herzlosigkeit, Aggressivität, Unverantwortlichkeit, Unfähigkeit zur Freundschaft und aus Erfahrungen zu lernen. Diese Ausdrücke fanden auch Anwendung im ICD, obwohl sie nicht besonders zuverlässig zur eindeutigen Diagnosenstellung sind.

1959 wurde der Begriff psychopathische Störung offiziell anerkannt, jedoch häufig sowohl als Oberbegriff für verschiedene Persönlichkeitsstörungen gebraucht, als auch nur als Begriff für antisoziales Verhalten.

Klinisches Bild

Studien haben gezeigt, daß ein Teil von den Kindern, die überaktive, ruhelose Symptome mit geringer Aufmerksamkeitsfähigkeit und geringer Disziplin zeigten, später antisoziales Verhalten entwickelten. Bei antisozialer Persönlichkeit sind Verbrechen häufig, sie sind meistens impulsiv und schlecht geplant. Angst- und Depressivsymptome zeigen sich häufig, ebenfalls Alkohol- und Drogenmißbrauch. Auch findet man Konversionssymptome. Die schlimmste Ausprägung zeigen die Symptome vom 20. bis zum 30. Lebensjahr. Die Intelligenz scheint durchschnittlich zu sein.

Ursachenforschung

Robins (59) erforschte 1978 antisoziales Verhalten an einer Gruppe vom Kindesalter bis zu einem Alter von 43 Jahren. Sie fand heraus, daß Erwachsene mit antisozialem Verhalten, dies auch in der Mehrheit schon in der Kindheit zeigten. Es gab jedoch kein bestimmtes Kindheitsverhalten und keine bestimmte Familienkonstellation, auch die soziale Stellung und Vererbung war nicht bedeutend für die Krankheitsentstehung.

EEG Studien

Bei 31 - 58 % von Psychopathen begegnen uns langsame ausgedehnte EEG-Wellen. Eine weitere Besonderheit ist der positive Spike bei Aktivitätsausbrüchen. Kurland (42) und andere fanden diese Spikes bei 40 - 45 % von Psychopathen, dagegen nur bei 1 - 2 % einer Vergleichspopulation. Hill (30) fand 1952 heraus, daß bei aggressiven Psychopathen die langsamen EEG-Wellen bei 14 % im Temporallappen lokalisiert sind. Da sich die EEG-Abnormitäten in ähnlicher Weise auch bei Kindern finden lassen, wurde die Theorie aufgestellt, daß dies ein Zeichen von corticaler Unreife ist. Außerdem wurde die Theorie entwickelt, daß diese Störung durch geistige Weiterentwicklung beseitigt werden kann. Es zeigte sich auch bei Untersuchungen von Gibbens (27) und anderen 1955, daß Psychopathen mit EEG-Abnormitäten eine bessere Prognose hatten als Psychopathen ohne EEG-Abnormitäten. Außerdem wurde herausgefunden, daß Psychopathen eine langsamere corticale Antwortrate auf evozierte Potentiale zeigen. Es wurde die Theorie gebildet, daß Psychopathen mit einem Nervensystem geboren werden, das eine relativ niedrige Aktivitätsstufe hat.

1.3 Zusammenfassung wichtiger Forschungsergebnisse über psychogene Reaktionen

Die Abgrenzung der Konfliktreaktionen von Neurosen ist vor allem in der deutschen Psychiatrie üblich. In England und Amerika ist dies gewöhnlich nicht der Fall und in Frankreich wird fast ausschließlich die Angstreaktion beschrieben.

Bei Reaktionen wird ein verständlicher Zusammenhang mit einem belastenden Erlebnis vorausgesetzt. Es kann sich sowohl um eine außergewöhnlich starke Belastung handeln, als auch um die geringe Belastbarkeit des Patienten.

Die häufigste Ursache einer Konfliktreaktion hängt mit der Sexualität und Erotik zusammen, sowie mit der Angst um das Leben und die Gesundheit, der Sorge um materielle Dinge und Familie. Dann folgen die Motive wie Geltung im Beruf und in der Beziehung zu Menschen, schließlich die Religion und Politik.

Man kann Reaktionen einteilen nach der Art der Ursache und des Anlasses für die Reaktion. Hierzu würden dann z.B. eine Reaktion auf Katastrophen oder eine Reaktion auf die Isolierung zählen.

Die übliche Klassifikation der Reaktionen erfolgt nach der Art der Reaktion selber. Auch die ICD-Klassifikation unterscheidet in diesem Sinne z.B. die akute Belastungsreaktion mit emotionaler Störung von der kurzdauernden depressiven Reaktion.

2. Untersuchungsgut, Methodik und Fragestellung

2.1 Untersuchungsgut

Die Daten dieser Untersuchung rekrutieren sich aus dem Patientengut der psychiatrischen Universitäts-Klinik München. Es handelt sich um 241 Patienten, die in der Zeit vom 1.1.1983 bis 31.12.1983 in der Klinik aufgenommen waren und länger als einen Tag in der Klinik verweilten. Insgesamt wurden 1983 in der psychiatrischen Klinik 1591 Patienten aufgenommen. Diese Arbeit stützt sich auf die Patienten, die unter folgende Diagnosengruppen nach ICD-9 fallen:

ICD-Nr. 300.0 - 300.9 :	Neurosen
ICD-Nr. 301.0 - 301.9 :	Persönlichkeitsstörungen
ICD-Nr. 307.1 :	Anorexia nervosa
ICD-Nr. 308.0 - 308.9 :	akute Belastungsreaktionen
ICD-Nr. 309.0 - 309.9 :	Anpassungsstörungen

Aus nosologischen Gesichtspunkten wurden 2 Hauptdiagnosengruppen gebildet:

ICD-Nr. 300.0 - 300.9	Neurosen und längerdauernde
und 309.1 :	Reaktionen
ICD-Nr. 308.0 - 308.9,	Belastungsreaktionen und
309.0 und	kurzdauernde Reaktionen
309.2 - 309.9 :	

2.2 Methodik

Die Patienten wurden routinemäßig bei Aufnahme und Entlassung nach dem ANDP-System klassifiziert. Hierbei wurden die Symptome in drei Schweregrade von 1 bis 3 eingeteilt (1 = leicht, 2 = mittel, 3 = schwer). Bei der Auswertung der Symptomatik wurde ausschließlich der Aufnahmebefund berücksichtigt. Zusätzlich wurden die Patienten bei Aufnahme und Entlassung noch nach der Global Assessment Scale beurteilt (siehe Anhang 7.4). Die anamnestischen Angaben und die Diagnosen wurden ebenfalls verschlüsselt. In der Auswertung werden die gesamten Items der Symptomatik (1 - 100 und 150 - 181) berücksichtigt, ferner der somatische Befund (101 - 142). Neben den im ANDP-System aufgeführten Symptomen nehmen wir in die Rubrik Reserve des ANDP-Systems noch folgende Symptome auf: psychogene Störungen der motorischen Funktionen und Sinnesfunktionen, beobachtete Angstzustände, quantitative und qualitative Abwehr des Affektes, beobachtete Depression, beobachtete Ablenkbarkeit und Konzentrationsstörung, anhaltender Aktivitätsverlust, beobachtete Verlangsamung, Entfremdungsgefühle, Agitiertheit, psychomotorische Hemmung, überwertige Ideen, affektiv bedingte akustische Halluzinationen, kommentierende und befehlende Stimmen, vertrauliche Distanzlosigkeit, gehobene Stimmungslage während der Untersuchung, qualitative Abwehr der Willensfunktionen, hyperkinetische katatone Symptome, nicht wahnhaftige Beziehungsideen.

In der Auswertung der anamnestischen Angaben wird nur auf die Daten eingegangen, die relevante Ergebnisse beim Vergleich der Diagnosengruppen untereinander und mit den Jahrgängen 1982 und 1978 zeigen. Es wurde die Fallzahl, die Altersverteilung, das Geschlecht, der Familienstand, die Aufenthaltsdauer und die Krankheitsdauer seit Erstmanifestation berücksichtigt. Alle Daten des ärztlichen Dokumentationsblattes wurden manuell in die EDV-Anlage der psychiatrischen Klinik eingegeben. Außerdem wurde bei den Abbildungen ein Rechner mit Plotter verwendet.

2.3 Fragestellung

In dieser Arbeit wurden die Neurose, psychogenen Reaktionen und Persönlichkeitsstörungen bezüglich der anamnestischen, psychopathologischen und somatischen Daten einander gegenübergestellt. Es werden die Diagnosen (als Diagnosendokumentationssystem wurde der ICD-Schlüssel verwendet) untereinander und mit gleichen Diagnosen aus den Jahren 1982 und 1978 verglichen. Hierbei ergibt sich die Gelegenheit, die ICD-9 und ICD-8 Diagnosengruppen für die in dieser Arbeit berücksichtigten Patientengruppen miteinander zu vergleichen. Die Diagnostik in der Psychiatrie stützt sich auf die klinische Symptomatik, die demographischen Merkmale und den Krankheitsverlauf, biochemische und physiologische Meßwerte stehen hier als Hilfsmittel der Diagnostik nur sehr eingeschränkt zur Verfügung. Die psychiatrischen Diagnosen lassen sich nur auf dem Wege des Häufigkeitsvergleiches der zuerst erwähnten Merkmale gegeneinander abgrenzen. Die große Varianz der psychopathologischen Symptomatik bringt für die psychiatrische Diagnostik erhebliche Probleme mit sich. Ausgehend von einer Untersuchung der psychopathologischen und somatischen Symptome, sowie der anamnestischen Merkmale eines großen Patientengutes, wie dies in der vorliegenden Arbeit der Fall ist, läßt sich ein einheitliches Bild der zu einer Diagnose gehörenden Patientengruppe gewinnen. Die Daten dieser Arbeit sollen als Grundlage für weitere, wissenschaftliche Untersuchungen dienen. Die Erstellung von Diagnosestatistiken in jährlichen Abständen ist auch wichtig, um über Jahre hinweg Trends in der Veränderung der psychiatrischen Diagnostik in der klinischen Praxis feststellen zu können.

3. Ergebnisse

3.1 Diagnosengruppe 1, Neurosen 300.0 - 300.9 (ohne 300.4)

3.1.1 gesamte Häufigkeit (Tab.1)

Die Diagnose Neurosen erhielten nach der ICD-Aufteilung 29 Patienten im Jahre 1983. Diese Patientenzahl entspricht 12 % an dem gesamten Patientengut (241) des Jahres 1983, die in dieser Arbeit berücksichtigt werden. An der gesamten Klinikpopulation, die im Jahre 1983 in der psychiatrischen Klinik Nußbaumstraße behandelt wurden, macht das einen Prozentsatz von 1,8 % der insgesamt 1591 Patienten aus.

3.1.2 aufgeschlüsselte Häufigkeit der Einzeldiagnosen (Tab.2)

Die Diagnose Angstneurose (ICD 300.0) wurde bei sechs Patienten gestellt, das entspricht einem Prozentsatz von 2,5 % an den in dieser Arbeit berücksichtigten Patienten. In Relation zu den 29 Patienten der Diagnosengruppe Neurosen ICD 300.0 - 300.9 (ohne 300.4) nimmt die Angstneurose 21 % ein. Ebenfalls 6 Patienten und somit 21 % an den gesamten Neurosen macht die Diagnose hysterische Neurose ICD 300.1 aus. Die Diagnose ICD 300.2 = Phobie wurde im Jahr 1983 bei keinem Patienten gestellt; genauso wie die Diagnose ICD 300.6 = neurotisches Depersonalisationssyndrom und ICD 300.9 = nicht näher bezeichnete Neurosen. Die Diagnose Zwangneurose ICD 300.3 erhielten 7 Patienten, das entspricht einem Prozentsatz von 24 % an den Neurosen und von 2,9 % an dem Patientengut, welches in dieser Arbeit berücksichtigt wurde. Die Diagnose Neurasthenie ICD 300.5 und andere Neurosen ICD 300.8 erhielt jeweils nur ein Patient, daraus errechnen sich jeweils 0,4 % am Patientengut dieser Arbeit und 3,4 % an der Diagnosengruppe Neurosen. Den größten Anteil nimmt die hypochondrische Neurose ein. 8 Patienten entsprechen einem Anteil von 28 % an den Neurosen und von 3,3 % am Patientengut dieser Arbeit.

3.1.3 Geschlechterrelation (Tab.4) (Abb.1)

Die Diagnose Neurose 300.0 - 300.9 (ohne 300.4) wurde bei 29 Patienten gestellt, 15 davon waren männlich und 14 weiblich. Das entspricht einem Verhältnis männlich zu weiblich von 1 zu 0,9. Im Vergleich zu den anderen 6 Diagnosengruppen nimmt dieses fast ausgeglichene Verhältnis männlich zu weiblich den 2. Platz ein. Nur bei den Persönlichkeitsstörungen sind mehr Männer zu finden.

3.1.4 Altersverteilung (Tab.6) (Abb.1)

Das Durchschnittsalter der 15 männlichen Patienten beträgt 37,1 Jahre, das der Frauen 42,2 Jahre. Der Mittelwert ist 39,7 Jahre. Im Vergleich zu den anderen Diagnosengruppen hat die Diagnosengruppe Neurose die zweitälteste Patientenstruktur. Das älteste Durchschnittsalter nimmt die Gruppe neurotische Depression 300.4 und längerdauernde depressive Reaktionen 309.1 ein.

Die Altersverteilung erstreckt sich von 20 Jahren bis zu 85 Jahren. Der Unterschied des Durchschnittsalters der Männer gegenüber den Frauen kommt daher, daß der Verteilungsgipfel bei den Männern zwischen 20 und 40 Jahren liegt; bei den Frauen dagegen zwischen 30 und 50 Jahren.

3.1.5 Aufenthaltsverteilung (Tab.8) (Abb.10)

Die Patienten der Diagnosengruppe Neurose wurden im Schnitt 4,5 Wochen oder 31,7 Tage im Krankenhaus behandelt. Bei den Männern lag die Aufenthaltsdauer mit 44 Tagen höher als bei den Frauen mit 31,1 Tagen. Die Aufenthaltsverteilung liegt zwischen einer Woche und 18 Wochen. Das Maximum liegt zwischen 1 und 9 Wochen. Nur 3 Patienten waren länger als 9 Wochen in stationärer Behandlung.

3.1.6 Verteilung der durchschnittlichen psychosozialen Beeinträchtigung (PSB) nach der Global Assessment Scale (GAS) (Tab.10) (Abb.19), Anhang 7,4

Die Bewertungsstufe nach der Global Assessment Scale liegt im Durchschnitt bei der Diagnosengruppe Neurosen bei 44,8 Einheiten bei Aufnahme und bei 54,1 bei Entlassung. Diese Verbesserung ist im Vergleich zu den anderen Diagnosengruppen die zweit geringste. Nur die Diagnosengruppe Anorexia nervosa 307.1 liegt mit 5,8 Bewertungsstufen noch niedriger.

Die Verteilung der Bewertungsstufen liegt bei Aufnahme zwischen 41 und 81, bei Entlassung zwischen 51 und 91. Der Mittelwert bei Aufnahme beträgt 44,8, bei Entlassung 54,1 Bewertungseinheiten.

3.1.7 Krankheitsdauer seit Erstmanifestation (Abb.28)

Die Krankheitsdauer der Diagnosengruppe Neurosen erstreckt sich über einen Zeitraum von 1 bis zu 20 Jahren. Das Maximum liegt zwischen 3 und 15 Jahren; in dieser Zeit befinden sich 19 Patienten, das sind 65 % der Patienten der Diagnosengruppe. Nur 2 Patienten haben eine längere Krankheitsdauer als 15 Jahre.

3.1.8 Familienstand (Tab.11) (Abb.37)

Das Verhältnis verheirateter Patienten zu ledigen Patienten beträgt 1 zu 1,4. Die Verhältniszahlen entsprechen einem Prozentsatz von 37,9 % verheirateter Patienten zu 51,7 % lediger Patienten. Im Vergleich zu den anderen Diagnosengruppen nimmt diese Verhältniszahl eine Mittelposition ein. 2 Patienten dieser Diagnosengruppe waren verwitwet, das sind 6,9 %. Ein Patient war geschieden, das entspricht 3,4 %. Als getrennt lebender Ehepartner fand sich kein Patient unter den 29 Patienten der Diagnosengruppe Neurosen.

3.1.9 Symptome und deren Ausprägung (Tab.12)

a) psychischer Befund

Bewußtseins- und Orientierungsstörungen sind bei den 29 Patienten der Diagnosengruppe Neurosen nicht aufgetreten.

Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen treten ausschließlich in leichter Ausprägung auf. Am häufigsten kommen Konzentrationsstörungen mit 21 % vor, es folgen Gedächtnisstörungen mit 10 % und Merkfähigkeitsstörungen mit 7 %. Auffassungsstörungen werden nur bei 3 % der Patienten beobachtet.

Formale Denkstörungen kommen in leichter und mittlerer Ausprägung vor, jedoch nicht in schwerer Form. Den überwiegenden Anteil nimmt das Merkmal eingeengt ein, mit 38 %, welches ungefähr zu gleichen Teilen in mittlerer und leichter Ausprägung auftritt. Die Eigenschaft verlangsamte und das Grübeln folgen mit jeweils 17 %. Auch das Merkmal umständlich ist mit 14 % relativ häufig. Perseverierend wird nur bei 7 % der Patienten angetroffen.

Befürchtungen und Zwänge treten in allen drei Schweregraden auf. Wobei die Hypochondrie (48 %) den größten Anteil einnimmt; die Ausprägung dieser Eigenschaft ist auf mittel, schwer und leicht gleichmäßig verteilt. Auch das Zwangsgedanken (31 %) zeigt sich auf alle drei Ausprägungen gleichmäßig verteilt. Das Mißtrauen bei 28 % wird hauptsächlich in leichter Ausprägung angetroffen, vereinzelt auch in mittlerer Ausprägung, nicht in schwerer Ausprägung. Zwangshandlungen (24 %) zeigen sich überwiegend in schwerer Ausprägung. Phobien treten bei 17 % auf, gefolgt von Zwangsimpulsen mit 14 %. **Wahnsymptomatik und Sinnestäuschung** finden wir bei der Diagnosengruppe Neurose in keinem Fall.

Ich-Störungen zeigen nur das Symptom Depersonalisation (7 %) bei leichter Ausprägung.

Die Störungen der Affektivität nehmen den überwiegenden Anteil der Krankheitssymptome ein. Sie treten fast ausschließlich in leichter und mittlerer Ausprägung auf. Der überwiegende Anteil der Diagnosen zeigt das Merkmal deprimiert mit 79 %, es folgen ängstlich mit 59 % und Insuffizienzgefühle mit 41 %. Das Merkmal innerlich unruhig tritt bei 38 % der Patienten auf. Seltener sind die Symptome klagsam/jammerig mit 31 %, gereizt mit 21 %, wie auch hoffnungslos mit 21 %. Weiterhin zu erwähnen wären noch Störung der Vitalgefühle und Schuldgefühle bei je 14 %, sowie dysphorisch und affektlabil bei je 10 %. Die übrigen Störungen der Affektivität liegen unter 5 %.

Antriebs- und psychomotorische Störungen sehen wir relativ häufig in mittlerer und leichter Ausprägung, nicht in schwerer Ausprägung. Die Symptome antriebsarm, motorisch unruhig und logorrhöisch sehen wir jeweils mit 21 %, antriebsgehemmt, antriebsgesteigert und theatralisch bei jeweils 10 % der Patienten der Diagnosengruppe Neurosen. Das Merkmal maniert und bizarr ist zu vernachlässigen, da es nur bei einem einzigen Patienten gesehen wird.

Circadiane Besonderheiten sind selten. Eindeutige Schwerpunkte abends oder morgens sind nicht festzustellen. Bei der Gruppe der anderen psychischen Störungen finden wir die Suizidalität mit 41 % als häufigste Eigenschaft. Es folgen der soziale Rückzug (38 %) und der Mangel an Krankheitseinsicht (14 %) jeweils in leichter und mittlerer Ausprägung. Aggressivität und Ablehnung der Behandlung (7 %), sowie soziale Umtriebigkeit (3 %) sind die seltensten Symptome dieser Gruppe.

Unter die Rubrik Reserve fallen die Agitiertheit bei 17 % der Patienten in leichter und mittlerer Ausprägung, sowie beobachtete Angstzustände (14 %), die in allen drei Ausprägungen vorkommen.

Psychogene Störungen der motorischen- und Sinnesfunktion zeigen sich bei 10 %, ebenso wie beobachtete Depression. Sehr gering ist mit 3 % der Prozentsatz der Patienten mit quantitativer Abwehr der Affekte, beobachteter Ablenkbarkeit und Konzentrationsstörungen, anhaltender Aktivitätsverlust, beobachtete Verlangsamung, Entfremdungsgefühlen und psychomotorischer Hemmung. Die Symptome treten nur in leichter Ausprägung auf.

b) somatischer Befund

Schlaf- und Vigilanzstörungen sind häufige somatische Störungen, die sich meistens in mittlerer Ausprägung zeigen, jedoch auch in leichter und schwerer Ausprägung auftreten. Am stärksten sind Einschlafstörungen mit 55 %, gefolgt von Durchschlafstörungen mit 41 %. Auch die Verkürzung der Schlafdauer bei 28 % und das Früherwachen bei 21 % des Patientengutes sind häufige Symptome. Die Müdigkeit ist mit 10 % am seltensten.

Bei den Appetenzstörungen finden wir keine Vermehrung, sondern nur eine Verminderung zweier Eigenschaften, und zwar der Sexualität bei 34 % in leichter und mittlerer Ausprägung und des Appetits bei 31 % der Patienten in mittlerer und schwerer Ausprägung.

Gastro-intestinale Störungen finden sich selten und sind gleichmäßig auf Übelkeit, Erbrechen, Magenbeschwerden, Obstipation und Diarrhoe in meistens mittlerer Ausprägung verteilt.

Bei den kardio-respiratorischen Störungen ist der Schwindel mit 31 % am häufigsten; er zeigt sich in mittlerer und leichter Form. Herzklopfen (28 %) und Herzdruck (14 %) zeigen sich neben leichter und mittlerer auch in schwerer Ausprägung. Atembeschwerden bei 10 % der Patienten kommen hauptsächlich in leichter Ausprägung vor.

An anderen vegetativen Störungen ist das vermehrte Schwitzen bei 28 % der Patienten in leichter und mittlerer Ausprägung zu erwähnen.

Unter weitere Störungen fallen der Kopfdruck, der mit 41 % in allen drei Ausprägungsgraden den größten Teil einnimmt. Es folgen Konversionssymptome mit 21 % hauptsächlich mittlerer Ausprägung, sowie Rückenbeschwerden mit 14 %, Schweregefühl der Beine und Hitzegefühl sind mit 7 % selten.

Auch die neurologischen Symptome, wie Tremor und Parästhesien sind mit jeweils 3 % eher zu vernachlässigen.

3.2. Diagnosengruppe 2, Persönlichkeitsstörungen 301.0 - 301.9

3.2.1 gesamte Häufigkeit (Tab.1)

30 Patienten erhielten im Jahr 1983 in der psychiatrischen Klinik Nußbaumstraße die Diagnose Persönlichkeitsstörungen. Dies entspricht einem Prozentsatz von 1,9 % an allen 1591 Patienten, die im Jahr 1983 in der Klinik behandelt wurden. Von den 241 Patienten dieser Arbeit sind dies 12,4 %.

3.2.2 aufgeschlüsselte Häufigkeit der Einzeldiagnosen (Tab.2)

Zwei Patienten bekamen im Jahr 1983 die Diagnose 301.0 = paranoide Persönlichkeit. Von den insgesamt 30 Patienten mit Persönlichkeitsstörungen sind dies 6,7 % und 1 % der in dieser Arbeit berücksichtigten Patienten. Das Gleiche gilt für die Diagnose 301.7 = Persönlichkeitsstörung mit vorwiegend soziopathischem und asozialem Verhalten. Jeweils 1 Patient erhielt die Diagnose 301.1 = zyklotyme (thymopathische) Persönlichkeit und die Diagnose 301.3 = erregbare Persönlichkeit. Das macht 3,3 % der Persönlichkeitsstörungen aus und 0,4 % des Patientengutes dieser Arbeit. Die Diagnosen 301.2 = schizoide Persönlichkeit, 301.4 = anankastische Persönlichkeit und 301.6 = asthenische Persönlichkeit wurden 1983 nicht gestellt. Die Diagnose 301.5 = hysterische Persönlichkeit war mit 15 Patienten die häufigste Diagnose, unter den Persönlichkeitsstörungen mit 50 %. Das sind 6,2 % des untersuchten Patientengutes. Drei Patienten erhielten die Diagnose 301.8 = depressive Persönlichkeitsstörung, dies sind 10 % der gesamten Persönlichkeitsstörungen und 2,5 % der in dieser Arbeit untersuchten Patienten. Die zweit größte Gruppe nahm die Diagnose 301.9 = nicht näher bezeichnete Persönlichkeitsstörungen ein mit 20 % an den Persönlichkeitsstörungen und mit 2,5 % des untersuchten Patientengutes.

3.2.3 Geschlechterrelation (Tab.4) (Abb.2)

Von den 30 Patienten der Diagnosengruppe Persönlichkeitsstörungen sind 20 männlich und 10 weiblich. Diese Geschlechterrelation männlich zu weiblich von 1 zu 0,5 ist die größte der 7 Diagnosengruppen. Diese Diagnosengruppe beinhaltet doppelt so viel Männer wie Frauen.

3.2.4 Altersverteilung (Tab.6) (Abb.2)

Das Durchschnittsalter der Diagnosengruppe Persönlichkeitsstörungen beträgt 36,5 Jahre. Bei den Männern ergibt das einen Mittelwert von 35,9 Jahren, bei den Frauen von 37,1 Jahren. Das Durchschnittsalter nimmt somit im Vergleich zu den anderen Diagnosengruppen einen Mittelplatz ein.

Die Altersverteilung geht von 20 bis zu 65 Jahren. 55 % der männlichen Patienten liegen im Bereich von 20 bis 40 Jahren. 80 % der weiblichen Patienten im Bereich von 25 bis 50 Jahren.

3.2.5 Aufenthaltsverteilung (Tab.8) (Abb.11)

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer beträgt vier Wochen oder 28,5 Tage. Bei den Männern ergeben sich 19,3 Tage, bei den Frauen 46,9 Tage. Die Aufenthaltsdauer der Frauen ist die längste im Vergleich zu den anderen 6 Diagnosengruppen. Der Gesamtquerschnitt der Aufenthaltsdauer von Frauen und Männern liegt jedoch im Mittelbereich.

Die Zeit der Aufenthaltsdauer reicht von 1 Woche bis zu 10 Wochen. Das Maximum mit 79 % dieser Patienten liegt zwischen 1 Woche und 4 Wochen. Nur 2 Patienten sind länger als 7 Wochen in stationärer Behandlung.

3.2.6 Verteilung der durchschnittlichen psychosozialen Beeinträchtigung (PSB) nach der Global Assessment Scale (GAS) (Tab.10) (Abb.20), Anhang 7.4

Der Aufnahme GAS liegt bei den Persönlichkeitsstörungen bei 47,9, bei Entlassung bei 58,8. Die Verbesserung von der Aufnahme bis zur Entlassung ist somit 10,9. Nur die Verbesserungen der Diagnosengruppen Neurosen und Anorexia nervosa sind noch geringer.

Die Bewertungsstufen gehen bei Aufnahme von 31 bis 81 mit einem Maximum zwischen 61 und 71; in diesem Bewertungsbereich befinden sich 67 % der Patienten. Bei der Entlassung liegt nur ein Patient bei 31, der Rest zwischen 61 und 91 Einheiten.

3.2.7 Krankheitsdauer seit Erstmanifestation (Abb.29)

Die Varianz der Krankheitsdauer reicht von weniger als einem Jahr bis zu mehr als 20 Jahren. In die Rubrik unter einem Jahr fallen die Patienten, über die keine genauen Angaben in der Anamnese zu erheben waren. Dieser Bereich ist bei den Persönlichkeitsstörungen besonders groß. Zu den anderen Einteilungsstufen gehören ungefähr gleich viel Patienten. Daher ist bei den Persönlichkeitsstörungen keine genaue Krankheitsdauer seit Erstmanifestation anzugeben.

3.2.8 Familienstand (Tab.11) (Abb.38)

In der Diagnosengruppe Persönlichkeitsstörungen sind 33,3 % verheiratet und 53,3 % der Patienten ledig. Dies entspricht einem Verhältnis von 1 zu 1,6. Nur die Diagnosengruppen kurzdauernde depressive Reaktionen und Anorexia nervosa haben einen größeren Anteil an ledigen Patienten. Außerdem sind in dieser Diagnosengruppe 10 % der Patienten geschieden, 3,3 % leben getrennt und niemand ist verwitwet.

3.2.9 Symptome und deren Ausprägung (Tab.13)

a) psychischer Befund

Bewußtseins- und Orientierungsstörungen kommen nur bei einem sehr kleinen Teil der Patienten der Diagnosengruppe Persönlichkeitsstörungen vor. Bei jeweils 3 % finden sich Bewußtseinsverminderung, Bewußtseinstörung, Bewußtseinseingengung, sowie zeitliche Orientierungsstörung. Diese Symptome kommen nur in mittlerer und leichter Ausprägung vor.

Unter den Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen finden wir mit 23 % Konzentrationsstörungen und mit 7 % Auffassungsstörungen jeweils in leichter Ausprägung. Merkfähigkeits- und Gedächtnisstörungen sind mit je 3 % zu vernachlässigen.

Bei den formalen Denkstörungen ist das Symptom eingeengt mit 20 % das häufigste. Es folgen umständlich und Grübeln mit jeweils 17 %, verlangsamt mit 13 % und perseverierend mit 7 %. Nur ein Patient zeigt Vorbeireden. Alle diese Symptome lassen sich nur in leichter und mittlerer Ausprägung finden. Unter den Befürchtungen und Zwängen treten die Hypochondrie bei 20 % der Patienten dieser Diagnosengruppe und das Mißtrauen bei 17 % auf. Zwangsgedanken und Zwangshandlungen sind mit jeweils 3 % sehr gering. Schwere Ausprägung der Symptome zeigen sich in dieser Gruppe nicht.

Wahn finden wir bei keinem Patienten mit der Diagnose Persönlichkeitsstörung.

Sinnesstörungen sind nur in leichter Ausprägung bei 3 % in Form von Stimmenhören und optischer Halluzination zu finden.

Bei Ich-Störungen zeigt sich die Derealisation bei 3 % und die Depersonalisation bei 7 % in leichter und mittlerer Ausprägung.

Die Störungen der Affektivität sind die größte Gruppe unter den Krankheitssymptomen. Die Eigenschaft deprimiert ist mit 70 % am häufigsten, gefolgt von Insuffizienzgefühlen mit 50 % und ängstlich mit 47 %. Nur bei den Insuffizienzgefühlen finden wir neben leichter und mittlerer Ausprägung auch die schwere Ausprägung des Merkmales. Des weiteren sehen wir bei 37 % der Patienten dieser Diagnosegruppe das Symptom innerlich unruhig, bei 30 % das Symptom gereizt, bei 27 % klagsam/jammerig, bei jeweils 23 % hoffnungslos und affektilabil und bei 20 % dysphorisch. Mit 17 % folgen Schuldgefühle, mit 13 % affektarm und mit jeweils 7 % euphorisch, gesteigerte Selbstwertgefühle, Parathymie und affektstarr. Die Symptome Gefühl der Gefühlosigkeit, Störung der Vitalgefühle und ambivalent sind mit 3 % zu vernachlässigen.

Antriebs- und psychomotorische Störungen kommen nur in leichter und mittlerer Ausprägung vor. Das Hauptsymptom ist theatralisch (33 %) gefolgt von motorisch unruhig (20 %). Bei 17 % der Patienten finden wir Antriebsarmut und Antriebssteigerung. Auch logorrhöisch mit 10 % und maniert/bizarr mit 7 % sind in dieser Gruppe relativ häufig. Antriebshemmung zeigt nur 1 Patient in leichter Ausprägung. Wir finden alle circadianen Besonderheiten nur in leichter und mittlerer Ausprägung. 10 % der Patienten fühlen sich morgens schlechter. Sowohl 7 % fühlen sich abends besser als auch 7 % abends schlechter.

Unter den anderen psychomotorischen Störungen ist die Suizidalität mit 40 % die häufigste. Sozialen Rückzug sehen wir bei 30 %, Aggressivität bei 23 % und bei jeweils 10 % Selbstbeschädigung und Mangel an Krankheitseinsicht, jeweils in leichter und mittlerer Ausprägung. Mangel an Krankheitsgefühl findet sich bei 7 %. Die übrigen Störungen liegen unter 5 %, wie soziale Umtriebigkeit, Ablehnung der Behandlung und Pflegebedürftigkeit mit 3 %.

In die Rubrik *Reserve* fallen mit jeweils 10 % vertrauliche Distanzlosigkeit und beobachtete Verlangsamung. 7 % der Patienten weisen psychogene Störungen der motorischen Sinnesfunktionen, quantitative Abwehr des Affektes, beobachtete Depression, anhaltenden Aktivitätsverlust und

Agitiertheit auf. Die kleinste Gruppe mit jeweils 3 % bilden die Symptome überwertige Ideen, beobachtete Angstzustände, affektiv bedingte akustische Halluzinationen, kommentierende und befehlende Stimmen, beobachtete Anlenkbarkeit und Konzentrationsstörungen, sowie gehobene Stimmungslage während der Untersuchung, Entfremdungsgefühle und psychomotorische Hemmung. Die Symptome kommen überwiegend in leichter und nur selten in mittlerer und schwerer Ausprägung vor.

b) somatischer Befund

Unter den Schlaf- und Vigilanzstörungen finden wir die Einschlafstörung bei 50 % der Patienten, die Durchschlafstörung bei 47 % jeweils in allen drei Schweregraden. Die Verkürzung der Schlafdauer und die Müdigkeit sehen wir bei 17 %, das Früherwachen bei 7 %. Die letzten Störungen kommen nur in leichter und mittlerer Ausprägung vor.

Die Appetenzstörungen gibt es von der leichten bis zur schweren Ausprägung. Bei 30 % der Patienten ist der Appetit vermindert, bei 7 % vermehrt. 13 % zeigen eine Verminderung der Sexualität. 7 % der Patienten gibt eine Steigerung des Durstes an.

Unter die gastro-intestinalen Störungen fallen die Obstipation mit 10 %, sowie das Erbrechen und die Magenbeschwerden mit jeweils 7 % in leichter und mittlerer Ausprägung.

Kardio-respiratorische Störungen finden wir in Form von Herzklopfen bei 10 % und Herzdruck bei 7 % in leichter und mittlerer Ausprägung.

Unter andere vegetative Störungen fallen das Schwitzen (10 %), die Menstruationsstörung (7 %) und die Miktionsstörung (3 %) in allen drei Ausprägungsstufen.

An weiteren Störungen macht der Kopfdruck mit 30 % den größten Teil aus, der wie die Konversionssymptome mit 17 % in leichter, mittlerer und schwerer Ausprägung auftritt. Nur in leichter und mittlerer Ausprägung finden wir die Symptome Rückenbeschwerden bei 13 % und Schweregefühl in den Beinen und Frösteln bei 3 %.

Als neurologische Störung findet sich bei nur einem Patienten der Tremor in leichter Ausprägung.

3.3 Diagnosengruppe 3, Anorexia nervosa 307.1

3.3.1 gesamte Häufigkeit (Tab.1)

13 Patienten erhielten 1983 die Diagnose Anorexia nervosa, das entspricht einem Anteil von 0,8 % an den 1983 behandelten Patienten und von 5,4 % an den Patienten dieser Arbeit.

3.3.3 Geschlechterrelation (Tab.4) (Abb.3)

Unter den 13 Patienten dieser Diagnosengruppe war ein männlicher Patient, der fünfmal im Jahr 1983 in stationäre Behandlung aufgenommen wurde. Betrachtet man nicht die stationären Behandlungsperioden, sondern die unterschiedlichen einzelnen Patienten, so ergibt sich ein Verhältnis von 6 Frauen zu 3 Männern.

3.3.4 Altersverteilung (Tab.6) (Abb.3)

Das Durchschnittsalter liegt bei 22,7 Jahren und ist das jüngste der bearbeiteten 7 Diagnosengruppen. Bei den Männern liegt der Mittelwert bei 19,6, bei den Frauen bei 25,7 Jahren. 6 der männlichen Patienten (2 verschiedene Patienten wie oben erwähnt) sind zwischen 20 und 25, einer zwischen 25 und 30 Jahren. Bei den Frauen liegen 5 zwischen 25 und 30 Jahren und eine Patientin zwischen 55 und 60 Jahren.

3.3.5 Aufenthaltsverteilung (Tab.8) (Abb.12)

Die Patienten waren im Schnitt 5,4 Wochen oder 38 Tage stationär in der Klinik. Dies ist die längste Aufenthaltsdauer im Vergleich zu den übrigen Diagnosengruppen. Die Männer waren im Schnitt 44 Tage, die Frauen 31,1 Tage in der Klinik.

Die Zeitspanne der Aufenthaltsdauer reicht von 1 Woche bis zu 13 Wochen. 62 % liegen zwischen 1 und 5 Wochen. Nur 1 Patient war länger als 10 Wochen in der Klinik.

3.3.6 Verteilung der durchschnittlichen psychosozialen Beeinträchtigung (PSB) nach der Global Assessment Scale (GAS) (Tab. 10) (Abb.21), Anhang 7.4

Der Aufnahme GAS ist bei der Anorexia nervosa mit 48,2 % im Vergleich zu den anderen Diagnosengruppen am höchsten. Der Entlassungs GAS mit 54,0 am niedrigsten. Auch die Verbesserung des GAS bei Entlassung liegt mit 5,8 Bewertungsstufen an niedrigster Stelle.

Bei Aufnahme reicht die Bewertungsspanne von 41 bis 81, bei Entlassung von 51 bis 81. Das Maximum von 62 % der Patienten liegt zu beiden Zeitpunkten zwischen 61 und 71 Bewertungseinheiten auf der GAS.

3.3.7 Krankheitsdauer seit Erstmanifestation (Abb.30)

Die Zeitspanne der Krankheitsdauer liegt zwischen einem und mehr als 20 Jahren. Der Großteil von 77 % der Patienten liegt zwischen 1 und 3 Jahren. Nur bei 1 Patienten liegt die Krankheitsdauer seit Erstmanifestation länger als 20 Jahre zurück.

3.3.8 Familienstand (Tab.11) (Abb.39)

92,3 % der Patienten dieser Diagnosengruppe sind ledig. Nur 7,7 % sind verheiratet. Das Verhältnis verheiratet zu ledig ist mit 1 zu 12 das größte der 7 Diagnosengruppen.

3.3.9 Symptome und deren Ausprägung (Tab.14)

a) psychischer Befund

Bewußtseins- und Orientierungsstörungen treten in der Gruppe der Anorexia nervosa nicht auf.

Bei den Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen zeigt jeweils nur 1 Patient Konzentrationsstörung bzw. Konfabulation in leichter Ausprägung.

Bei den **formalen Denkstörungen** macht das Symptom **eingengt** mit 38 % den Hauptanteil aus. Es kommt sowohl in leichter als auch in mittlerer Ausprägung vor. **Verlangsamung** und **Perseveration** sind mit 8 % bei nur leichter Ausprägung zu vernachlässigen.

Befürchtungen und **Zwänge** kommen in dieser Diagnosengruppe häufig vor. Am dominantesten ist das **Zwangsdanken** mit 54 %, es folgen die **Zwangshandlungen** mit 46 % und die **Zwangsimpulse** mit 38 % jeweils in leichter und mittlerer Ausprägung. Das **Mißtrauen** bei 23 % der Patienten kommt nur in leichter Ausprägung vor. **Wahn-Symptome** treten bei *Anorexia nervosa* nicht auf. **Sinnestäuschungen** und **Ich-Störungen** kommen als **Stimmenhören**, **Depersonalisation** und **Gedankenausbreitung** mit jeweils 8 % selten und nur in leichter Ausprägung vor.

Unter den **Störungen der Affektivität** ist das Symptom **depressiv** mit 62 % mit Abstand das häufigste. Mit 38 % stehen die **Insuffizienzgefühle** zu buche. Mit 31 % das Symptom **ängstlich** und mit jeweils 23 % **hoffnungslos** und **gereizt**. 15 % der Patienten zeigen **innere Unruhe**. Bei jeweils einem Patienten findet sich **Affektarmut**, **Störung der Vitalgefühle**, **Klagsamkeit** und **Jammerigkeit** sowie die **Schuldgefühle** und **Affektlabilität**. Die **Störungen der Affektivität** finden sich nur in leichter und mittlerer Ausprägung.

Antriebs- und psychosomatische Störungen finden wir in leichter Ausprägung bei 23 % der Patienten als **Antriebsarmut**, bei 15 % der Patienten als **Antriebssteigerung** und **motorischer Unruhe**.

Als **andere Störungen** werden der **Mangel an Krankheitsgefühl** bei 54 % und der **Mangel an Krankheitseinsicht** bei 31 % bezeichnet. Beide Symptome kommen in allen drei Schweregraden vor. Desweiteren finden wir bei jeweils 38 % den **sozialen Rückzug** und die **Suizidalität**, sowie bei 31 % die **Ablehnung der Behandlung** und bei

15 % die Aggressivität, sowohl in leichter als auch in mittlerer Ausprägung. Mit 8 % tritt in leichter Ausprägung die Selbstbeschädigung auf.

Als Symptome der **Reserve** werden bei Anorexia nervosa die beobachtete Depression und überwertige Ideen mit 33 % und 15 % in leichter und mittlerer Ausprägung angegeben.

b) somatischer Befund

Bei den Schlaf- und Vigilanzstörungen treten in leichter und mittlerer Ausprägung bei 15 % der Patienten Einschlafstörungen auf. Nur in leichter Ausprägung finden wir Durchschlafstörungen und Müdigkeit bei 8 % des Patientengutes der Anorexia nervosa Patienten. Ein hoher Prozentsatz der Patienten zeigt **Appetenzstörungen**. Wobei die Eigenschaften "Appetit vermindert und Sexualität vermindert" mit 69 % bzw. 62 % des untersuchten Patientengutes auftreten und zwar in leichter bis schwerer Ausprägung. Die Vermehrung des Appetits bei 46 % und Vermehrung des Durstes bei 8 % zeigt sich in mittlerer und leichter Ausprägung. Unter den **gastro-intestinalen Störungen** ragt in mittlerer und schwerer Ausprägung das Erbrechen, welches bei 54 % der Patienten gesehen wird, heraus. Mit 15 % folgen Magenbeschwerden und Obstipation und mit 8 % Übelkeit in leichter und mittlerer Ausprägung. Über die **kardio-respiratorischen Störungen** wird bei diesem Patientengut keine Aussage gemacht. Als **andere vegetative Störungen** wird nur die Menstruationsstörung bei 23 % in ausschließlich schwerer Ausprägung aufgeführt. Weitere Störungen sind das Frösteln bei 15 % sowohl in leichter als auch in schwerer Ausprägung.

3.4 Diagnosengruppe 4, akute Belastungsreaktionen 308.0 - 308.9

3.4.1 gesamte Häufigkeit (Tab.1)

Bei 15 Patienten wurde die Diagnose akute Belastungsreaktion gestellt. Dies sind 1 % des gesamten Patientengutes von 1983 und 6,2 % des Patientengutes dieser Arbeit.

3.4.2 aufgeschlüsselte Häufigkeit und Einzeldiagnosen (Tab.2)

Den größten Anteil der Belastungsreaktionen nimmt die akute Belastungsreaktion mit vorherrschend emotionaler Störung (308.0) mit 67 % ein. Dies sind 4 % der Patienten dieser Arbeit. Die akute Belastungsreaktion mit vorherrschender psychomotorischer Störung (308.2) macht 20 % aus und somit 1,2 % am bearbeiteten Patientengut. Andere akute Belastungsreaktionen (308.3) und nicht näher bezeichnete akute Belastungsreaktionen (308.9) kommen bei jeweils einem Patienten vor. Die akute Belastungsstörung mit vorherrschender Bewußtseinsstörung (308.1) und die Mischformen (308.4) wurden 1983 nicht beobachtet.

3.4.3 Geschlechterrelation (Tab.4) (Abb.4)

In der Diagnosengruppe der akuten Belastungsreaktionen befinden sich 4 Männer und 11 Frauen. Das entspricht einem Verhältnis von 1 zu 2,8. Im Vergleich zu den anderen 6 Diagnosengruppen finden wir in dieser Gruppe den größten Frauenüberschuß.

3.4.4 Altersverteilung (Tab.6) (Abb.4)

Die männlichen Patienten haben ein Durchschnittsalter von 29,3 Jahren, die weiblichen Patienten von 31,5 Jahren; der Durchschnitt allgemein liegt bei 30,4 Jahren. Nur bei der Anorexia nervosa ist das Durchschnittsalter noch niedriger.

Die Altersspanne reicht von 20 bis zu 65 Jahren. 82 % der weiblichen Patienten sind zwischen 20 und 40 Jahre alt. 75 % der männlichen Patienten sind zwischen 25 und 30 Jahre alt. Nur 3 Patienten sind älter als 40 Jahre.

3.4.5 Aufenthaltsverteilung (Tab.8). (Abb.13)

Die Patienten mit akuten Belastungsreaktionen waren im Schnitt 1,9 Wochen oder 13,3 Tage in stationärer Behandlung. Die männlichen Patienten 14,5 Tage und die weiblichen 12,9 Tage. Dies ist die kürzeste Aufenthaltsdauer der 7 Diagnosengruppen.

Die Aufenthaltsdauer, die zwischen 1 und 7 Wochen liegt, hat ihr Maximum von 87 % zwischen 1 und 4 Wochen.

3.4.6 Verteilung der durchschnittlichen psychosozialen Beeinträchtigung (PSB) nach der Global Assessment Scale (GAS) (Tab.10) (Abb.22), Anhang 7.4

Bei der Einteilung nach der GAS finden wir einen Aufnahme- wert von 46,4 und einen Entlassungswert von 63,8. Die Verbesserung liegt bei 17,4 Einheiten. Gemeinsam mit den Anpassungsstörungen ist dies die größte Verbesserung der psychosozialen Beeinträchtigung.

Der Aufnahme GAS variiert zwischen 41 und 81, der Entlassungs GAS zwischen 61 und 91. 80 % der Patienten liegen bei Aufnahme zwischen 51 und 71, 73 % bei Entlassung über 71 Bewertungsstufen.

3.4.7 Krankheitsdauer seit Erstmanifestation (Abb.31)

Die Krankheitsdauer reicht von weniger als 1 Jahr bis zu 15 Jahren. Von einer Krankheitsdauer, die seit Erstmanifestation länger als 15 Jahre zurückliegt wird nicht berichtet.

3.4.8 Familienstand (Tab.11) (Abb.40)

40 % der Patienten dieser Diagnosengruppe sind verheiratet. 46,7 % sind ledig. Dies entspricht einem Verhältnis

von 1 zu 1,2 und einer Mittelposition innerhalb der übrigen Diagnosengruppen. Außerdem finden sich 7 % getrennt lebende und 7 % verwitwete Patienten.

3.4.9 Symptome und deren Ausprägung (Tab.15)

a) psychischer Befund

Bewußtseinsstörungen kommen nur bei einem Patienten als Bewußtseinsverschiebung vor.

Orientierungsstörungen finden wir nicht.

Unter den **Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen** fällt nur die Konzentrationsstörung bei einem Patienten auf.

Bei den **formalen Denkstörungen** sind die Eigenschaften eingeengt und das Grübeln bei 20 % der Patienten zu erwähnen, sie treten in leichter und mittlerer Ausprägung auf. Ferner sehen wir bei 13 % das Symptom umständlich, bei 7 % die Verlangsamung, jeweils in leichter Ausprägung.

Unter den **Befürchtungen und Zwängen** sticht das Mißtrauen mit 13 % heraus, gefolgt vom Zwangsdenken bei 7 % in leichter und mittelstarker Ausprägung. Bei den **Störungen der Affektivität** tritt das Symptom depressiv bei 87 % auf, die Symptome innerlich unruhig und ängstlich jeweils bei 47 %. Insuffizienzgefühle sehen wir bei 33 %, gereizt und klagsam/jammerig bei 27 %. Alle diese Symptome treten in leichter und mittlerer Ausprägung auf. Die Affektlabilität bei 40 % und die Hoffnungslosigkeit bei 20 % treten nur in leichter Ausprägung auf. Bei jeweils einem Patienten wird Affektarmut und Dysphorie beschrieben. **Wahn, Sinnestäuschungen und Ich-Störungen** treten bei Patienten mit Belastungsreaktionen 1983 nicht auf. Als **Antriebs- und psychomotorische Störungen** kommen das Symptom motorisch unruhig bei 27 %, theatralisch bei 20 % in leichter und mittlerer, sowie antriebsarm und logorrhöisch bei jeweils 13 % in leichter Ausprä-

gung zur Geltung. Antriebshemmung, Antriebssteigerung und Mutismus ist bei jeweils einem Patienten beobachtet worden.

Circadiane Besonderheiten treten nicht auf.

An **anderen Störungen** sehen wir den sozialen Rückzug bei 27 % der Patienten ausschließlich in leichter Ausprägung. Die Suizidalität findet sich bei 20 % in leichter und mittlerer Ausprägung. In allen drei Ausprägungsgraden findet sich die Ablehnung der Behandlung bei 20 %. Bei 13 % beobachtet man Mangel an Krankheitseinsicht in mittlerer Ausprägung. Bei jeweils 7 % Aggressivität und Selbstbeschädigung.

Unter der Rubrik **Reserve** wird die beobachtete Depression bei 20 % beschrieben in leichter Ausprägung. Mit 13 % folgen die quantitative Abwehr der Affekte, die beobachtete Ablenkbarkeit, Konzentrationsstörung, sowie Entfremdungsgefühle und Agitiertheit in leichter und mittlerer Ausprägung. Die übrigen Symptome werden nur bei einem oder keinem Patienten beobachtet und sind somit zu vernachlässigen.

b) somatischer Befund

Als **Schlaf- und Vigilanzstörungen** treten die Einschlafstörungen (33 %) in allen drei Ausprägungsgraden auf, die Durchschlafstörung (27 %) nur in leichter und mittlerer Ausprägung und die Verkürzung der Schlafdauer (20 %) wiederum von der leichten bis zur schweren Ausprägung. Früh-erwachen und Müdigkeit zeigt jeweils ein Patient.

An **Appetenzstörungen** sehen wir die Verminderung des Appetits bei 33 % in mittlerer und leichter Ausprägung.

Bei den **gastro-intestinalen Störungen** überwiegt die Übelkeit mit 20 %, gefolgt vom Erbrechen bei 13 % jeweils in leichter und mittlerer Ausprägung. Nur bei 7 % kommen in leichter Ausprägung die Mundtrockenheit und die Magenbeschwerden vor.

Kardio-respiratorische Störungen zeigen sich als Herzklopfen bei 20 % der Patienten der Diagnosengruppe Belastungsreaktion, sowie als Schwindel (13 %) und als Herzdruck (7 %). Diese Symptome treten in leichter oder mittlerer Ausprägung auf.

Andere vegetative Störungen sind das vermehrte Schwitzen bei 20 % von der leichten bis zur schweren Form. Außerdem die Menstruationsstörung bei 13 % in leichter Ausprägung und die Seborrhoe bei einem Patienten in mittlerer Ausprägung.

Unter weitere Störungen fällt der Kopfdruck, der bei 20 % der Patienten in leichter Ausprägung zu finden ist, sowie das Schweregefühl in den Beinen, das Hitzegefühl und die Konversionssymptome bei jeweils 7 % auf.

Als neurologische Störung tritt der Tremor bei einem Patienten in schwerer Ausprägung auf.

3.5 Diagnosengruppe 5, kurzdauernde depressive Reaktion 309.0

3.5.1 gesamte Häufigkeit (Tab.1)

52 Patienten erhielten im Jahr 1983 die Diagnose 309.0. Am gesamten Patientenstand macht das 3,3 % aus und am Patientengut dieser Arbeit 21,6 %.

3.5.3 Geschlechterrelation (Tab.4) (Abb.5)

Das Verhältnis männlich zu weiblich bei dieser Diagnosengruppe ist 1 / 1,1. Die Absolutzahlen sind 25 Männer zu 27 Frauen. Dieses fast ausgeglichene Verhältnis nimmt einen Mittelplatz unter den 7 Diagnosengruppen ein.

3.5.4 Altersverteilung (Tab.6) (Abb.5)

Das Durchschnittsalter liegt bei 31,4 Jahren. Bei den Männern sind es 28,4 und bei den Frauen 34,4 Jahre. Die Diagnosengruppen Belastungsreaktionen und Anorexia nervosa zeigen ein noch jüngeres Durchschnittsalter. Die Altersspanne reicht von 20 bis zu 85 Jahren. Der Großteil liegt zwischen 20 und 50 Jahren, bei den Frauen sind dies 85 %, bei den Männern 92 %. Nur zwei Patienten sind älter als 65 Jahre.

3.5.5 Aufenthaltsverteilung (Tab.8) (Abb.14)

Im Durchschnitt waren die Patienten der Diagnosengruppe kurzdauernde depressive Reaktionen 2,7 Wochen oder 19,1 Tage in stationärer Behandlung. Nur die akuten Belastungsreaktionen hatten eine kürzere Aufenthaltsdauer. Bei den Männern ergeben sich 23 Tage, bei den Frauen 15,5 Tage.

Die Zeitspanne reicht von 1 - 10 Wochen. Das Maximum mit 65 % liegt zwischen 1 und 3 Wochen.

3.5.6 Verteilung der durchschnittlichen psychosozialen Beeinträchtigung (PSB) nach der Global Assessment Scale (GAS) (Tab.10) (Abb.23), Anhang 7.4

Die PSB-Beurteilung bei Aufnahme liegt im Schnitt bei 43,8 und bei Entlassung bei 60,6. Daraus ergibt sich eine Verbesserung nach der GAS um 16,8 Stufen. Das ist die dritt höchste Verbesserungsquote nach den akuten Belastungsreaktionen und den Anpassungsstörungen. Die Werte bei Aufnahme liegen zwischen 31 und 81, bei Entlassung zwischen 41 und 91. Bei Aufnahme liegen 94 % der Patienten zwischen 41 und 71, bei Entlassung 98 % zwischen 61 und 91 Bewertungseinheiten.

3.5.7 Krankheitsdauer seit Erstmanifestation (Abb.32)

Die Krankheitsdauer reicht von weniger als einem Jahr bis zu 20 Jahren. Bei 19 % der Patienten dieser Diagnosengruppe besteht die Krankheit länger als 4 Jahre. Die übrigen Patienten haben eine Krankheitsdauer von weniger als 4 Jahren oder es liegen keine genauen Angaben vor.

3.5.8 Familienstand (Tab.11) (Abb.41)

In dieser Diagnosengruppe sind 55,8 % der Patienten ledig, 28,8 % verheiratet. Das Verhältnis verheiratet zu ledig ist 1 / 1,9. Nur bei der Anorexia nervosa gibt es einen größeren Prozentsatz lediger Patienten. Ferner sind 7 % geschieden und 7 % leben getrennt.

3.5.9 Symptome und deren Ausprägung (Tab.16)

a) psychischer Befund

In der Diagnosengruppe kurzdauernde depressive Reaktionen (ICD 309.0) sind Bewußtseinsstörungen und Orientierungsstörungen seltener als bei 3 % der Patienten anzutreffen.

Unter den **Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen** sehen wir die Konzentrationsstörung bei 13 % der Patienten, die Merkfähigkeitsstörung bei 8 % und die Auffassungsstörungen bei 6 %. Diese Symptome treten in leichter und mittlerer Ausprägung auf.

Formale Denkstörungen sind als Symptom eingeengt mit 21 % und Grübeln mit 13 % zu erkennen, in leichter und mittlerer Ausprägung. Verlangsamung kommt bei 8 % in leichter und schwerer Ausprägung vor. Zu erwähnen sind noch die Eigenschaften gehemmt (4 %) und umständlich (4 %).

Bei den **Befürchtungen und Zwängen** finden sich bei 13 % der Patienten das Mißtrauen und die Hypochondrie bei 4 %. Beide Symptome treten in leichter und mittlerer Stärke auf.

Ich-Störungen liegen unter 3 %, wie auch der **Wahn** und die **Sinnestäuschungen**.

Bei den **Störungen der Affektivität** nimmt die Depression mit 96 % in mittlerer und leichter Ausprägung den größten Teil ein. Es folgen hoffnungslos (46 %) in allen Ausprägungsgraden, ängstlich (42 %), innerlich unruhig (38 %), Insuffizienzgefühle (31 %), klagsam/jammerig (27 %), gereizt (23 %) und affektlabil (19 %) in leichter und mittlerer Ausprägung. Außerdem kommen in leichter Form dysphorisch bei 15 %, Schuldgefühle bei 8 %, affektstarr und affektarm bei 6 % und Störung der Vitalgefühle bei 4 % vor. Wieder in leichter und mittlerer Ausprägung finden wir das Gefühl der Gefühllosigkeit bei 4 % und die Ambivalenz bei 6 %. Die übrigen Störungen liegen unter 3 %.

Die **Antriebs- und psychomotorischen Störungen** sind in Form leichter motorischer Unruhe bei 21 % der Patienten zu finden. In leichter und mittlerer Stärke zeigen sich die Symptome theatralisch (19 %), antriebsarm (17 %) und logorrhöisch (15 %). Nur in leichter Form finden wir die Antriebshemmung und die Antriebssteigerung bei 4 %, sowie den Mutismus bei 2 %.

Circadiane Besonderheiten wurden bei 4 % der Patienten als "abends schlechter" in leichter bis mittlerer Ausprägung erfragt.

Unter andere Störungen fällt die Suizidalität (69 %) in leichter bis schwerer Form. Außerdem der soziale Rückzug bei 31 %, der Mangel an Krankheitsgefühl bei 12 % und die Selbstbeschädigung bei 6 %. Diese Störungen liegen in leichter und mittlerer Ausprägung vor. Leichte Aggressivität tritt bei 8 % auf, die mittlere und schwere Form des Mangels an Krankheitseinsicht bei 4 %. Die Ablehnung der Behandlung finden wir von der leichten bis zur schweren Form bei 6 %.

Zur Reserve zählt die Agitiertheit (13 %), die quantitative Abwehr der Affekte (12 %) und die beobachteten Angstzustände (6 %) in leichter und mittlerer Form, desweiteren die beobachtete Depression in allen drei Schweregraden bei 12 % der Patienten. Störungen unter 3 % werden hier nicht aufgeführt, siehe Tabelle 16.

b) somatischer Befund

Die Schlaf- und Vigilanzstörungen treten von der schweren bis zur leichten Form als Einschlafstörungen (37 %), Durchschlafstörungen (35 %) und als Müdigkeit (13 %) auf. Außerdem sehen wir eine leichte bis mittelstarke Verkürzung der Schlafdauer bei 10 % und eine leichtere Form des Früherwachens bei 8 %.

Unter den Appetenzstörungen finden wir die Verminderung des Appetits bei 27 % der Patienten dieser Diagnosengruppe in leichter bis schwerer Ausprägung. Die Verminderung der Sexualität (6 %) zeigt sich in mittlerer und schwerer Form und die Vermehrung des Appetits (4 %) in leichtem und mittlerem Ausprägungsgrad.

Gastro-intestinale Störungen sind Magenbeschwerden (12 %), Obstipation (8 %) und die Übelkeit bei 4 % in leichter und mittlerer Stärke.

Bei den kardio-respiratorischen Störungen zeigen sich Herzklopfen (17 %), Schwindel (13 %), Herzdruck (12 %) und die Atembeschwerden (10 %) in leichter und mittlerer Ausprägung.

Das vermehrte Schwitzen kommt in der Rubrik **andere vegetative Störungen** mit 8 % in leichter und schwerer Form vor.

Weitere Störungen sind der Kopfdruck von der leichten bis zur schweren Form bei 17 % und die Konversions-symptome in leichter und mittlerer Ausprägung bei 6 %. Andere Störungen liegen unter 5 %.

Bei 6 % der Patienten findet sich als **neurologische Störung** mittelstarker Tremor.

3.6 Diagnosengruppe 6, Neurotische Depressionen und länger-dauernde depressive Reaktionen (300.4 und 309.1)

3.6.1 gesamte Häufigkeit (Tab.1)

Zu der Diagnosengruppe 6 gehören 87 Patienten. Dieses sind 5,5 % des gesamten Patientengutes des Jahres 1983. Am Patientengut dieser Arbeit macht das 36,1 % aus.

3.6.2 aufgeschlüsselte Häufigkeit nach Einzelgruppen (Tab.2)

Die Diagnose neurotische Depression (300.4) umfaßt 8 Patienten und somit 9,2 % dieser Diagnosengruppe und 3,3 % der gesamten 241 Patienten der Arbeit. Die Diagnose längerdauernde depressive Reaktionen enthält 79 Patienten, die einem Anteil von 33 % an den Patienten dieser Arbeit entsprechen und 90,8 % dieser Diagnosengruppe ausmachen.

3.6.3 Geschlechterrelation (Tab.4) (Abb.6)

Von den 87 Patienten sind 36 männlich und 51 weiblich. Das Verhältnis ist somit 1 / 1,4. Nur die Anpassungsstörungen und die akuten Belastungsreaktionen haben einen größeren Frauenüberschuß.

3.6.4 Altersverteilung (Tab.6) (Abb.6)

Die Patienten sind im Durchschnitt 41,7 Jahre alt. Bei den Männern liegt das Mittel bei 39,7, bei den Frauen bei 43,7 Jahren. Diese Diagnosengruppe hat somit im Vergleich zu den 6 anderen Gruppen dieser Arbeit den höchsten Altersschnitt.

Die Altersspanne reicht von 20 Jahren bis zu 90 Jahren. 78 % der Männer sind zwischen 20 und 55 Jahren. Nur 2 Männer sind älter als 70 Jahre, 75 % der Frauen liegen zwischen 30 und 65 Jahren.

3.6.5 Aufenthaltsverteilung (Tab.8) (Abb.15)

Im Durchschnitt verweilen die Patienten dieser Diagnosengruppe 4,2 Wochen oder 29,7 Tage in der Klinik. Bei den Männern sind es genau 25 Tage, bei den Frauen 33,1 Tage. Nur die Anorexia nervosa und die Neurosen haben eine längere Aufenthaltsdauer.

Die Aufenthaltsdauer liegt zwischen 1 und 18 Wochen. 84 % der Patienten waren zwischen 1 und 7 Wochen in der Klinik. Nur 1 Patient war länger als 13 Wochen in stationärer Behandlung.

3.6.6 Verteilung der durchschnittlichen psychosozialen Beeinträchtigung (PSB) nach der Global Assessment Scale (GAS) (Tab.10) (Abb.24), Anhang 7.4

Der Aufnahme GAS beträgt 45,4, der Entlassungs GAS 57,8. Dies ergibt eine Verbesserung von 12,4 Bewertungsstufen und somit einen Mittelwert im Vergleich mit den anderen Diagnosengruppen.

Bei Aufnahme liegen die Werte zwischen 31 und 81 Bewertungsstufen und bei Entlassung zwischen 51 und 91. Das Maximum bei Aufnahme (83 %) liegt zwischen 51 und 71 Skaleneinheiten, bei Entlassung zwischen 61 und 81 (94 %).

3.6.7 Krankheitsdauer seit Erstmanifestation (Abb.33)

Die Werte der Krankheitsdauer reichen von einem Jahr bis zu mehr als 20 Jahren. Bei 70 % der Patienten besteht die Krankheit schon seit 1 bis 10 Jahren. Bei 10 % dauert sie schon länger als 10 Jahre an. Bei 20 % wurden keine genauen Angaben gemacht.

3.6.8 Familienstand (Tab.11) (Abb.42)

Von den Patienten der Diagnosengruppe 6, das sind neurotische Depressionen und längerdauernde depressive Reaktionen, sind 58,6 % verheiratet, 21,8 % sind ledig. Das Verhältnis ist 1 zu 0,4. Der Prozentsatz der verheirateten im Vergleich zu den ledigen Patienten ist gegenüber den übrigen Diagnosengruppen am größten. Desweiteren sind 6,9 % der Patienten geschieden und 8 % verwitwet. 4,6 % der Patienten leben getrennt.

3.6.9 Symptome und deren Ausprägung (Tab.17)

a) psychischer Befund

Bewußtseins- und Orientierungsstörungen liegen in dieser Diagnosengruppe jeweils unter 2 %. 30 % der Patienten mit neurotischer Depression oder längerdauernden depressiven Reaktionen haben Konzentrationsstörungen, 16 % klagen über Merkfähigkeitsstörungen. Beide Störungen treten in leichter und mittlerer Ausprägungsstärke auf. Leichte Auffassungsstörungen liegen bei 5 %, die weiteren Störungen dieser Gruppe befinden sich unter 4 %.

Unter den formalen Denkstörungen finden wir das Grübeln bei 40 %, das Symptom eingeengt bei 23 %, sowie umständlich bei 9 % jeweils in leichter und mittlerer Form. Nur in leichter Ausprägung tritt die Verlangsamung (14 %) auf. Andere formale Denkstörungen kommen bei weniger als 4 % der Patienten vor.

Bei den **Befürchtungen und Zwängen** sehen wir in leichter und mittlerer Ausprägung das Mißtrauen (17 %), die Hypochondrie (15 %) und das Zwangsdenken (6 %). Weitere Symptome liegen unter 2 %.

Auch **Sinnesstörungen, Wahn und Ich-Störungen** sind mit einer Häufigkeit von unter 3 % der Patienten dieser Gruppe zu vernachlässigen.

Die **Störungen der Affektivität** zeigen eine mittlere und leichte Form der Depression bei 95 %, der Ängstlichkeit bei 51 %, der innerlichen Unruhe und der Insuffizienzgefühle bei 48 %, sowie der Hoffnungslosigkeit bei 35 %, der Gereiztheit bei 29 %, der Dysphorie und der Schuldgefühle bei 16 % des Patientengutes. Das Symptom klag-sam/jammerig findet sich von der leichten bis zur schweren Form in 41 % der Fälle. Die Affektlabilität (22 %), die Störungen der Vitalgefühle (6 %) und die Affektstarrheit (5 %) zeigen sich nur in leichter Form. Weitere Störungen der Affektivität sind bei weniger als bei 3 % der Patienten zu beobachten.

Unter den **Antriebs- und psychomotorischen Störungen** tritt das Symptom theatralisch bei 24 % und motorisch unruhig bei 20 % in leichter und mittelstarker Form hervor. Außerdem finden wir leichte und mittelstarke Antriebshemmung (9 %) sowie Logorrhoe (5 %). Nur in leichter Form sehen wir Antriebsarmut (23 %) und Antriebssteigerung (6 %). Symptome von unter 2 % werden nicht aufgeführt. (siehe Tabelle 17)

Bei den **circadianen Besonderheiten** gaben 7 % der Patienten an, sich morgens schlechter zu fühlen, 5 % fühlten sich abends besser. In beiden Fällen kommt diese circadiane Besonderheit in leichter bis mittlerer Ausprägung vor.

Andere Störungen sind die leichte bis schwere Form der Suizidalität (56 %), der leichte bis mittelstarke soziale Rückzug (45 %) und leicht bis mittelstark ausgeprägter Mangel an Krankheitseinsicht (15 %). Leichte

Aggressivität tritt bei 10 % der Patienten auf. Die Ablehnung der Behandlung bei 7 % kommt in allen drei Ausprägungsgraden vor, die Selbstbeschädigung (6 %) und der Mangel an Krankheitsgefühl (5 %) in leichter und mittlerer Stärke.

Zur Rubrik **Reserve** zählt die beobachtete Depression (22 %), die quantitative Abwehr der Affekte (17 %), die Agitiertheit (16 %) und die beobachtete Ablenkbarkeit und Konzentrationsstörung (6 %). Die Symptome sehen wir in leichter und mittlerer Ausprägung. Weitere Störungen liegen unter 4 %.

b) somatische Störungen

Als **Schlaf- und Vigilanzstörungen** treten leichte bis schwere Einschlafstörungen bei 61 % der Patienten dieser Diagnosengruppe auf. Außerdem die leichte bis schwere Form der Durchschlafstörungen (59 %) und der Müdigkeit (16 %). Bei 24 % finden wir eine Verkürzung der Schlafdauer, bei 10 % Früherwachen jeweils in leichter und mittelstarker Ausprägung.

Unter **Appetenzstörungen** fällt die Verminderung des Appetits (45 %) und die Verminderung der Sexualität (26 %) in leichter, mittlerer und schwerer Form. Weitere Appetenzstörungen liegen unter 4 %.

Gastro-intestinale Störungen sind Magenbeschwerden (17 %) und Übelkeit (11 %) jeweils leicht bis mittelstark. Alle drei Ausprägungsstufen zeigt die Obstipation (8 %) und das Erbrechen (9 %). Andere Störungen liegen unter 3 %.

Leichte und mittelstarke **kardio-respiratorische Störungen** sind der Schwindel bei 17 %, der Herzdruck bei 16 %, die Atembeschwerden bei 11 % und das Herzklopfen bei 9 %. Andere **vegetative Störungen** sehen wir in leichter und mittlerer Ausprägung als Schwitzen (23 %), sowie Miktions- und Menstruationsstörungen in 5 % der Fälle.

Als weitere Störungen wären der Kopfdruck (25 %), die Konversionssymptome (14 %) und Rückenbeschwerden (11 %) zu erwähnen, jeweils in leichter und mittelstarker Form. Leichtes bis mittelstarkes Schweregefühl in den Beinen (6 %) liegt als letztes Symptom über 3 %.

An neurologischen Störungen sehen wir bei 7 % der Patienten leichten und mittelstarken Tremor, schwere und mittelstarke Ataxie bei 5 %, sowie leichte und starke Parästhesien ebenfalls bei 5 %. Ubrige Störungen liegen unter 2 %.

3.7 Diagnosengruppe 7, Anpassungsstörungen (309.2 - 309.9)

3.7.1 gesamte Häufigkeit (Tab. 1)

Die 15 Patienten dieser Diagnosengruppe machen 6,2 % an den Patienten dieser Arbeit aus und 1 % am gesamten Patientengut des Jahres 1983.

3.7.2 aufgeschlüsselte Häufigkeiten nach Einzelgruppen (Tab.2)

87 % der Diagnosengruppe "Anpassungsstörungen" gehören zur Untergruppe Anpassungsstörung mit vorwiegend emotionaler Symptomatik (309.2). Dies sind 5,4 % der in dieser Arbeit berücksichtigten Patienten. Jeweils ein Patient erhielt die Diagnose "Anpassungsstörung vorwiegend im Sozialverhalten" (309.3) und "andere Anpassungsstörungen" (309.8). Die Diagnose "Anpassungsstörung im Sozialverhalten mit emotionaler Symptomatik" und "nicht mehr bezeichnete Anpassungsstörungen" werden 1983 nicht vergeben.

3.7.3 Geschlechterrelation (Tab.4) (Abb.7)

Das Verhältnis Männer zu Frauen ist in dieser Diagnosengruppe 1 / 1,5. Von den 15 Patienten sind 6 Männer und 9 Frauen. Nur bei den akuten Belastungsreaktionen sehen wir im Verhältnis mehr Frauen.

3.7.4 Altersverteilung (Tab.6) (Abb.7)

Der Altersdurchschnitt bei den Patienten der Diagnosengruppe Anpassungsstörungen liegt bei 38,9 Jahren. Bei den Männern sind es 38,5 Jahre, bei den Frauen 39,3 Jahre. Nur die zwei Diagnosengruppen neurotische Depression und längerdauernde depressive Reaktionen, sowie die Neurosen haben ein höheres Durchschnittsalter.

Die Verteilungsbreite des Alters reicht von 20 bis zu 80 Jahren. Das Maximum (83 %) der Männer liegt zwischen 20 und 50 Jahren, das der Frauen (78 %) zwischen 30 und 65 Jahren. Nur ein Patient ist älter als 65 Jahre.

3.7.5 Aufenthaltsverteilung (Tab.8) (Abb.16)

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer dieser Diagnosengruppe beträgt 3,5 Wochen oder 24,6 Tage. Die männlichen Patienten waren 27,5 Tage, die Frauen 22,7 Tage in stationärer Behandlung. Bei den kurzdauernden depressiven Reaktionen und bei den akuten Belastungsreaktionen war die Aufenthaltsdauer kürzer.

Die Varianz der Aufenthaltsdauer reicht von 1 Woche bis zu 14 Wochen. 93 % der Patienten waren zwischen 1 und 7 Wochen in stationärer Behandlung; ein Patient war länger als 7 Wochen in der Klinik.

3.7.6 Verteilung der durchschnittlichen psychosozialen Beeinträchtigung (PSB) nach der Global Assessment Scale (GAS) (Tab.10) (Abb.25), Anhang 7.4

Die Anpassungsstörungen haben einen durchschnittlichen GAS-Wert bei Aufnahme von 41,1. Bei Entlassung liegt der Wert bei 58,5. Die Verbesserung ist somit 17,4 Einheiten. Gemeinsam mit den akuten Belastungsreaktionen ist dies die größte Verbesserung im Vergleich zu den übrigen Diagnosengruppen dieser Arbeit.

Bei Aufnahme variiert der Wert zwischen 51 und 81 mit einem Maximum (73 %) zwischen 61 und 71. Bei Entlassung bleibt die Varianz gleich, das Maximum von 93 % der Patienten liegt aber zwischen 61 und 81.

3.7.7 Krankheitsdauer seit Erstmanifestation (Abb.34)

Die Patienten waren vor ihrem stationären Aufenthalt 1983 zwischen einem Jahr und mehr als 20 Jahren an dieser Krankheit erkrankt. 80 % waren zwischen 1 und 15 Jahren krank. Ein Patient litt länger als 15 Jahre an dieser Krankheit.

3.7.8 Familienstand (Tab.11) (Abb.43)

Das Verhältnis von verheirateten zu ledigen Patienten ist 1 zu 0,9. 46,7 % der Patienten sind verheiratet, 40 % sind ledig. Nur bei der Diagnosengruppe neurotische Depression und längerdauernde depressive Reaktion ist der Prozentsatz an Verheirateten höher. Ein Patient war verwitwet und ein Patient lebte getrennt.

3.7.9 Symptome und deren Ausprägung (Tab.18)

a) psychischer Befund

Bewußtseinseinengung tritt bei einem Patienten in mittlerer Ausprägung auf, sonst sehen wir keine **Bewußtseins- und Orientierungsstörungen**.

Konzentrationsstörungen treten bei 27 % der Patienten in leichter und mittlerer Stärke unter den **Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen** hervor. Bei jeweils einem Patienten sehen wir leichte Merkfähigkeits- und Gedächtnisstörungen.

Als **Befürchtungen und Zwänge** finden wir Hypochondrie in leichter und mittlerer Form bei 33 %, leichtes Mißtrauen bei 7 %, sowie mittelstarkes Zwangsdenken, Zwangsimpulse und Zwangshandlungen jeweils bei 7 %.

Als **Sinnestäuschung** tritt bei einem Patienten Stimmenhören in mittlerer Ausprägung auf.

Wahn-Symptome und Ich-Störungen finden wir bei dieser Diagnosengruppe nicht.

Unter den Störungen der Affektivität tritt deprimiert und ängstlich bei jeweils 67 % hervor, gefolgt von klagsam/jammerig (53 %) und innerlich unruhig (40 %). Diese Symptome treten in leichter und mittlerer Ausprägung auf. Affektlabilität (33 %) und Insuffizienzgefühle (13 %) sehen wir nur in leichter Form. Die übrigen Symptome dieser Gruppe sind bei weniger als zwei Patienten zu beobachten.

Zu Antriebs- und psychomotorischen Störungen wird das Symptom theatralisch (47 %) in leichter und mittelstarker Form zugeordnet. Nur in leichter Ausprägung tritt die motorische Unruhe (33 %), die Antriebsarmut (13 %), die Logorrhoe (13 %) und die Antriebshemmung (7 %) auf. Circadiane Besonderheiten sind nur bei einem Patienten zu beobachten.

Als andere Störungen werden der leichte soziale Rückzug und die leichte Suizidalität bei jeweils 13 % bezeichnet. Der Mangel an Krankheitseinsicht kommt in schwacher und mittlerer Ausprägung bei 27 % der Patienten mit Anpassungsstörungen vor. Jeweils 1 Patient zeigt schwach ausgeprägte soziale Umtriebigkeit und mittelstarke Ablehnung der Behandlung.

Zu der Kategorie Reserve zählt die leichte und mittelstarke Agitiertheit (20 %). Die quantitative Abwehr der Affekte sehen wir bei 20 % in leichter und mittlerer Ausprägung. Die psychogenen Störungen der motorischen und Sinnesfunktionen treten in mittlerer und starker Form bei 13 % auf. Weitere Symptome sind bei weniger als zwei Patienten zu finden.

b) somatische Störungen

Schlaf- und Vigilanzstörungen sind leichte und mittlere Einschlafstörungen (47 %), mittelstarke Durchschlafstörungen (33 %), leichte und mittelstarke Verkürzung der Schlafdauer (20 %), sowie die Müdigkeit (27 %) in allen drei Ausprägungsgraden.

Als **Appetenzstörungen** finden wir die Verminderung des Appetits bei 27 % in leichter und mittlerer Form und die leicht verminderte Sexualität bei einem Patienten. Unter **gastro-intestinale Störungen** fallen leichte und schwere Übelkeit bei 13 %, leichte und mittelstarke Magenbeschwerden bei ebenfalls 13 % und das starke Erbrechen bei 7 %.

Die leichte Form des Herzklopfens und leichter und mittelstarker Herzdruck in jeweils 13 % der Fälle gehören zu den **kardio-respiratorischen Störungen**. Andere **vegetative Störungen** sind das vermehrte Schwitzen (13 %) in leichter und mittelstarker Ausprägung. Zu **weiteren Störungen** gehören die Konversionssymptome (40 %) in allen drei Ausprägungsgraden, der Kopfdruck (27 %) in leichter und mittlerer Form, sowie Rückenbeschwerden und Schweregefühl in den Beinen bei jeweils einem Patienten in mittlerem Schweregrad. **Neurologische Störungen** sind bei der Diagnosengruppe der Anpassungsstörungen 1983 nicht aufgetreten.

3.8 Hauptdiagnosengruppe I, psychogene Reaktionen (ICD 309.2 - 309.9, 309.0, 308.0 - 308.9)

3.8.1 gesamte Häufigkeit (Tab.3)

Die Hauptdiagnosengruppe I umfaßt 82 Patienten. Dies sind 5,1 % des gesamten 1983 aufgenommenen Patientengutes und 34 % der Patienten dieser Arbeit.

3.8.3 Geschlechterrelation (Tab.5) (Abb.8)

Von den 82 Patienten dieser Gruppe sind 35 männlich und 47 weiblich. Das Verhältnis von 1 zu 1,3 entspricht dem Verhältnis der zweiten Hauptdiagnosengruppe

3.8.4 Altersverteilung (Tab.7) (Abb.8)

Bei den psychogenen Reaktionen liegt das Durchschnittsalter bei 32,5 Jahren (männlich: 30,2 Jahre, weiblich: 34,7 Jahre). Es ist folglich um fast 10 Jahre niedriger

als das der Hauptdiagnosengruppe II.

Die Varianz reicht von 20 bis zu 85 Jahren. 77 % der männlichen Patienten und 62 % der weiblichen Patienten haben ein Alter zwischen 20 und 40 Jahren. 4 % der Patienten sind älter als 65 Jahre.

3.8.5 Aufenthaltsverteilung (Tab.9) (Abb.17)

Die Aufenthaltsdauer lag im Schnitt bei 2,7 Wochen oder 19,1 Tagen. Bei den Männern sind das 22,8 Tage, bei den Frauen 16,3 Tage.

Die Aufenthaltsverteilung reicht von 1 bis 14 Wochen. 84 % der Patienten war zwischen 1 und 5 Wochen in stationärer Behandlung.

3.8.6 Verteilung der durchschnittlichen psychosozialen Beeinträchtigung (PSB) nach der Global Assessment Scale (GAS) (Tab.10) (Abb.26), Anhang 7.4

In dieser Hauptdiagnosengruppe liegt der Aufnahme GAS bei 45,6, der Entlassungs GAS bei 60,8. Die Verbesserung ist also 15,2 Bewertungsstufen.

Der Aufnahme GAS reicht von 31 bis 81, mit einem Maximum (74 %) zwischen 51 und 71. Der Entlassungs GAS liegt zwischen 41 und 91 mit einem Maximum (83 %) zwischen 61 und 81.

3.8.7 Krankheitsdauer seit Erstmanifestation (Abb.35)

Die Krankheitsdauer reicht von einem bis zu mehr als 20 Jahren. Bei 54 % der Patienten dauerte die Krankheit seit Erstmanifestation ein bis 15 Jahre an. Bei 44 % konnten keine genauen Angaben erhoben werden. Der Rest lag über 15 Jahre.

3.8.8 Familienstand (Tab.11) (Abb.44)

In der Hauptdiagnosengruppe I sind 34,1 % der Patienten verheiratet und 51,2 % ledig. Bei dem Verhältnis von 1 zu 1,5 überwiegen die ledigen Patienten im

Gegensatz zur Hauptdiagnosengruppe II. Außerdem sind 4,9 % der Patienten geschieden, 2,4 % verwitwet und 7,3 % leben getrennt.

3.8.9 Symptome und deren Ausprägung (Tab.19)

a) psychischer Befund

Bewußtseins- und Orientierungsstörungen finden sich in weniger als 3 %.

An **Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen** findet man in leichtem und mittlerem Ausprägungsgrad bei 15 % der Patienten Konzentrationsstörungen, bei 6 % Merkfähigkeitsstörungen und bei 4 % Auffassungsstörungen.

Als **formale Denkstörungen** sehen wir das Symptom Grübeln (17 %) und das Symptom eingeengt (18 %) in leichter und mittelstarker Form. Außerdem beobachten wir leichte und schwere Verlangsamung (7 %), sowie eine leichte Form der Umständlichkeit (5 %).

Symptome unter 3 % werden nicht beschrieben. (siehe Tabelle 19).

Befürchtungen und Zwänge sind das Mißtrauen (12 %) und die Hypochondrie (9 %) in leichter und mittlerer Ausprägung.

Sinnestäuschungen, Ich-Störungen und Wahn-Symptome werden bei weniger als 2 % der Patienten beobachtet. Bei den **Störungen der Affektivität** tritt das Symptom deprimiert mit 85 % in leichter und mittelstarker Form hervor. Es folgen Ängstlichkeit (48 %), innerliche Unruhe (40 %), Klagsamkeit/Jämmerigkeit (32 %), Insuffizienzgefühle (28 %), Affektlabilität (26 %), sowie Gereiztheit (21 %) jeweils in leichter und mittlerer Stärke. Die Hoffnungslosigkeit (34 %) kommt in allen drei Ausprägungsgraden vor. In leichter Form sehen wir die Affektarmut mit 5 %, die Dysphorie bei 12 %, die Schuldgefühle bei 5 %, sowie Affektstarrheit bei 4 %. Auch mit 4 % tritt die Ambivalenz in leichter und mittlerer Ausprägung auf.

Die übrigen Symptome liegen unter 3 %.

An Antriebs- und psychomotorischen Störungen sehen wir in den ersten zwei Ausprägungsgraden die Symptome "motorisch unruhig" und "theatralisch" in 24 %, "logorrhöisch" in 15 % und "antriebsarm" in 16 % der Fälle. Desweiteren finden wir leichte Antriebshemmung (5 %) und leichte Antriebssteigerung (4 %).

Circadiane Besonderheiten liegen unter 3 %.

Andere Störungen sind die Suizidalität bei 50 % der Patienten dieser Hauptdiagnosengruppe I und die Ablehnung der Behandlung bei 9 %, die jeweils in allen drei Ausprägungsgraden vorkommen. Sozialer Rückzug (27 %), Mangel an Krankheitseinsicht (15 %) und Selbstbeschädigung (5 %) kommen in leichter und mittelstarker Form vor.

Leichte Aggressivität finden wir bei 6 % der Patienten. Weitere Störungen liegen unter 3 %.

Zur Reserve zählen die quantitative Abwehr der Affekte bei 13 % und die Agitiertheit bei 15 % jeweils in leichter und mittlerer Ausprägung. Die beobachtete Depression tritt in allen drei Stärken auf bei 12 % der Patienten. Die übrigen Störungen der Rubrik Reserve liegen unter 5 %.

b) somatische Störungen

Leichte bis starke Appetenzstörungen sind der verminderte Appetit bei 28 % und die verminderte Sexualität bei 5 % der Patienten.

Unter gastro-intestinale Störungen fallen die Übelkeit (9 %) und das Erbrechen (4 %) in drei Ausprägungsstufen auf. Magenbeschwerden (11 %) und Obstipation (5 %) treten nur in leichter und mittelstarker Form auf.

Schlaf- und Vigilanzstörungen treten in allen drei Ausprägungsstufen auf als Einschlafstörungen (38 %), Durchschlafstörungen (31 %), Müdigkeit (15 %) sowie Verkürzung der Schlafdauer (13 %). Ferner sehen wir die leichte und schwere Form des Früherwachens bei 6 % der Patienten.

Kardio-respiratorische Störungen sind die Atembeschwerden (6 %), der Schwindel (11 %), das Herzklopfen (17 %) und der Herzdruck (11 %), welche jeweils in leichter und mäßiger Form anzutreffen sind.

Als **andere vegetative Störungen** wird das vermehrte Schwitzen bezeichnet, welches bei 11 % der Patienten in leichter, mittlerer und schwerer Form auftritt.

Zu den **weiteren somatischen Störungen** zählen der Kopfdruck (20 %) und die Konversionssymptome (12 %), die in allen drei Ausprägungsstufen vorliegen. Rückenbeschwerden und Hitzegefühl finden wir in leichter und mittelstarker Form bei 4 % der Patienten.

Mittlerer und schwerer Tremor sehen wir bei 5 % der Patienten als **einzige neurologische Störung**.

Somatische Störungen unter 3 % werden nicht beschrieben (siehe Tabelle 19).

3.9 Hauptdiagnosengruppe II, Neurosen und längerdauernde depressive Reaktionen (300.0 - 300.9, 309.1)

3.9.1 gesamte Häufigkeit (Tab.3)

Zur Hauptdiagnosengruppe II gehören 116 Patienten, die 48 % an den in dieser Arbeit untersuchten Patienten ausmachen und 7,3 % an den 1983 in der Klinik behandelten Patienten.

3.9.3 Geschlechterrelation (Tab.5) (Abb.9)

Die 116 Patienten spalten sich in 51 Männer und 65 Frauen auf, somit ergibt sich ein Verhältnis von 1 zu 1,3.

3.9.4 Altersverteilung (Tab.7) (Abb.9)

Die männlichen Patienten dieser Diagnosengruppe haben ein Durchschnittsalter von 38,9 Jahren, die weiblichen Patienten von 43,4 Jahren. Der Gesamtdurchschnitt liegt bei 41,5 Jahren.

Die Altersstufen reichen von 20 bis 90 Jahren. 77 % der männlichen Patienten und 68 % der weiblichen Patienten sind zwischen 20 und 55 Jahren alt. 29 % der Patienten sind älter als 55 Jahre.

3.9.5 Aufenthaltsverteilung (Tab.9) (Abb.18)

4,3 Wochen oder 30,2 Tage waren die Patienten dieser Gruppe im Schnitt in stationärer Behandlung. Bei den Männern waren es 26,3 Tage, bei den Frauen 33,3 Tage. Die Aufenthaltsdauer liegt um ungefähr 10 Tage höher als die der Hauptdiagnosengruppe I.

Von 1 Woche bis zu 18 Wochen reicht die Verweildauer. 72 % der Patienten waren zwischen 1 und 5 Wochen im Krankenhaus. Nur 2 % waren über 13 Wochen in stationärer Behandlung.

3.9.6 Verteilung der durchschnittlichen psychosozialen Beeinträchtigung (PSB) nach der Global Assessment Scale (GAS) (Tab.10) (Abb.27), Anhang 7.4

Bei der Aufnahme lag der GAS-Wert im Schnitt bei 45,3, bei der Entlassung bei 56,9. Daraus ergibt sich eine Verbesserung von 11,6 Einheiten, die geringer ist als die der Hauptdiagnosengruppe I.

Die Bewertungsstufen des Aufnahme GAS gehen von 31 bis 81, die des Entlassungs GAS von 51 bis 91. 83 % der Patienten liegen bei Aufnahme zwischen 51 und 71. 91 % der Patienten liegen bei Entlassung zwischen 61 und 81 Einheiten.

3.9.7 Krankheitsdauer seit Erstmanifestation (Abb.36)

Die Zeit seit Erstmanifestation der Krankheit schwankt zwischen einem und mehr als 20 Jahren. Zwischen einem und 10 Jahren liegen 70 % der Patienten. Über 10 Jahre krank sind 14 % der Patienten. Über den Rest liegen keine Werte vor.

3.9.8 Familienstand (Tab.11) (Abb.45)

53,4 % der Patienten aus der Hauptdiagnosengruppe II sind verheiratet, 29,3 % sind ledig. Das Verhältnis von 1 zu 0,5 zeigt doppelt soviel verheiratete wie ledige Patienten. 8 % der Patienten sind geschieden, 7,8 % verwitwet, 3,4 % leben getrennt.

3.9.9 Symptome und deren Ausprägung (Tab.20)

a) psychischer Befund

Bewußtseins- und Orientierungsstörungen finden wir bei weniger als 2 % der Patienten.

An **Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen** sehen wir bei 28 % der Patienten dieser Hauptdiagnosengruppe II Konzentrationsstörungen, bei 14 % Merkfähigkeitsstörungen jeweils in leichter und mittlerer Form. Außerdem treten leichte Auffassungsstörungen (4 %) und leichte Gedächtnisstörungen (5 %) auf.

Zu den **formalen Denkstörungen** gehören die Symptome Grübeln (34 %), eingeengt (27 %), verlangsamt (15 %) und umständlich (10 %) in leichter und mittlerer Ausprägung. Die Störungen Perseverieren und Vorbeireden treten nur in leichter Form bei 3 % der Patienten auf.

Unter **Befürchtungen und Zwänge** fallen die Hypochondrie (23 %), das Zwangsdenken (12 %), die Zwangshandlungen (7 %) und die Zwangsimpulse (4 %) jeweils in allen drei Ausprägungsgraden. Desweiteren sehen wir leichtes und mittelstarkes Mißtrauen (20 %) sowie mittelstark ausgeprägte Phobien bei 4 %.

Von den **Sinnestäuschungen, Wahn und Ich-Störungen** ist die leichte Form der Depersonalisation bei 3 % zu erwähnen.

Bei den **Störungen der Affektivität** sehen wir in allen drei Ausprägungsstufen die Symptome ängstlich bei 53 % und klagsam/jammerig bei 39 %. In leichter und mittlerer Form kommen deprimiert (91 %), Insuffizienzgefühle (47 %),

innerlich unruhig (46 %), hoffnungslos (34 %), gereizt (27 %), Schuldgefühle (16 %), dysphorisch (15 %) sowie Störung der Vitalgefühle (8 %) und affektstarr (4 %) vor. Leichte Affektlabilität zeigt sich bei 19 % der Patienten, leichte Affektinkontinenz bei 3 %.

Psychische Symptome unter 3 % werden in der Beschreibung nicht berücksichtigt, (siehe Tabelle 20).

Zu den **Antriebs- und psychomotorischen Störungen** zählen leichte Antriebsarmut (22 %) und leichte Antriebssteigerung (7 %). Die motorische Unruhe (20 %), das theatrale Verhalten (21 %) sowie Antriebshemmung (9 %) und Logorrhoe (9 %) sehen wir in leichter und mittelstarker Ausprägung.

Leichte und mittelstarke **circadiane Besonderheiten** sind morgens schlechter (7 %), abends besser (4 %) und abends schlechter (3 %).

Zu den **anderen Störungen**, die in 3 Ausprägungsgraden vorkommen, gehören die Suizidalität bei 53 % der Patienten und die Ablehnung der Behandlung bei 7 %. Der soziale Rückzug (43 %), der Mangel an Krankheitseinsicht (15 %), die Aggressivität (9 %), die Selbstbeschädigung (4 %) und der Mangel an Krankheitsgefühl (3 %) kommen in leichter und mittlerer Form vor.

Unter die Rubrik **Reserve** fallen psychogene Störungen der motorischen und Sinnesfunktionen (3 %) und beobachtete Angstzustände (5 %), die von der leichten bis zur starken Form auftreten. Desweiteren sehen wir beobachtete Depression bei 19 % der Patienten, Agitiertheit bei 16 %, quantitative Abwehr des Affektes bei 14 %, beobachtete Ablenkbarkeit / Konzentrationsstörung bei 5 %, sowie anhaltender Aktivitätsverlust und beobachtete Verlangsamung bei 3 %. Diese Symptome treten jeweils in leichter und mittelstarker Form auf. In leichter Ausprägung finden wir die psychomotorische Hemmung bei 3 %.

b) somatische Störungen

Schlaf- und Vigilanzstörungen kommen in allen drei Ausprägungsstufen vor. Am häufigsten sind die Einschlafstörungen mit 59 %, gefolgt von den Durchschlafstörungen (54 %), der Verkürzung der Schlafdauer (25 %), der Müdigkeit (15 %) und dem Früherwachen (13 %).

In der leichten, mittleren und schweren Form der **Appetenzstörungen** kommen vor: die Verminderung des Appetits bei 41 % und die Verminderung der Sexualität bei 28 %. In mittlerer und starker Ausprägung sehen wir die Vermehrung des Appetits bei 3 % der Patienten.

Die **gastro-intestinalen Störungen** setzen sich aus leichtem bis schwerem Erbrechen (8 %) und Obstipation (7 %) zusammen, sowie aus leichter und mittelstarker Übelkeit (9 %) und Magenbeschwerden (15 %).

Zu den **kardio-respiratorischen Störungen** zählen Herzklopfen (4 %) und Herzdruck (16 %) in allen drei Ausprägungsgraden, sowie Atembeschwerden (11 %) und Schwindel (21 %) in den ersten zwei Ausprägungsstufen.

An anderen **vegetativen Störungen** sehen wir vermehrtes Schwitzen bei 24 % des Untersuchungsgutes dieser Hauptdiagnosengruppe, Miktionsstörungen bei 4 % und Menstruationsstörungen bei 3 %, jeweils in leichter und mittelstarker Form.

Weitere Störungen sind der Kopfdruck bei 29 %, die Konversionssymptome bei 16 % und die Rückenbeschwerden bei 12 % der Patienten in drei Stärkegraden. Das Schweregefühl in den Beinen (6 %), das Hitzegefühl (3 %) tritt in leichter und mittlerer Ausprägung auf.

Unter **neurologische Störungen** fallen der Tremor mit 6 % und die Ataxie mit 3 %, welche jeweils in leichter und mittelstarker Form zu sehen sind. Die Parästhesien (4 %) kommen in allen Ausprägungsstufen vor.

Somatische Störungen unter 3 % werden in der Beschreibung nicht berücksichtigt, (siehe Tabelle 20).

4. Vergleich der Diagnosen- und Hauptdiagnosengruppen untereinander und mit vergleichbaren Ergebnissen des Jahrganges 1982 und 1978

4.1 Diagnosengruppe 1: Neurosen 300.0 - 300.9 (ohne 300.4)

4.1.1 Vergleich mit den übrigen Diagnosengruppen dieser Arbeit

Wir wollen zuerst an Hand der Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen versuchen, in dieser Diagnosengruppe ein charakteristisches Symptommuster zu finden. Es läßt sich zwar eine signifikante Häufung von Konzentrationsstörungen (21 %) finden, das trifft aber genauso für die anderen Diagnosengruppen zu, mit Ausnahme der Anorexia nervosa und der akuten Belastungsreaktionen. Die übrigen Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen sind weder besonders häufig noch besonders selten. Auch bei den formalen Denkstörungen läßt sich keine Tendenz erkennen. Eine eindeutige Häufung läßt sich bei den Befürchtungen und Zwängen erkennen, hierunter fällt das Mißtrauen (28 %), die Hypochondrie (48 %), das Zwangsgedanken (31 %) und die Zwangshandlungen (24 %). Nur in der Diagnosengruppe Anorexia nervosa läßt sich eine ähnliche Häufung bemerken. Bei den Störungen der Affektivität finden wir, wie bei den anderen Diagnosengruppen auch, sehr oft die Symptome deprimiert (79 %) und ängstlich (59 %). Auffallend ist hier aber die häufige Störung der Vitalgefühle (14 %) im Vergleich zu den übrigen Gruppen. Angstzustände werden bei den Neurosen ebenfalls oft beobachtet (14 %).

Unter den körperlichen Symptomen treten die Schlaf- und Vigilanzstörungen hervor. Das Gleiche gilt auch für die anderen Diagnosengruppen bis auf die Anorexia nervosa. Speziell das Früherwachen (21 %) läßt sich bei dieser Diagnosengruppe am häufigsten finden.

Die kardio-respiratorischen Störungen heben sich von der übrigen Diagnosengruppe ab, hier sei der Schwindel (31 %), das Herzklopfen (28 %) und der Herzdruck (14 %) erwähnt. Auch der Kopfdruck liegt mit 41 % an der Spitze aller Diagnosengruppen.

Zusammenfassung:

Charakteristisch bei den Neurosen ist eine Häufung der Befürchtungen und Zwänge. Affektstörungen, wie deprimiert, ängstlich und Insuffizienzgefühle kommen zwar sehr oft vor, jedoch heben sich nur die Störungen der Vitalgefühle von den anderen Diagnosen in der Quantität ab.

Bei den somatischen Störungen sind die kardio-respiratorischen Störungen, das Früherwachen und der Kopfdruck im Vergleich zu den übrigen Diagnosengruppen sehr häufig.

4.1.2 Vergleich mit den Jahrgängen 1982 und 1978

1983 erhielten 29 Patienten die Diagnose Neurose, 1982 waren es 101 und 1978 123 Patienten. Am gesamten Patientengut entspricht das einem Anteil im Jahr 1983 von 1,8 %, 1982 von 5,1 % und 1978 von 7,0 %. (1983 = 1591 Pat., 1982 = 1973 Pat., 1978 = 1750 Pat.)

Nur die Anzahl der Zwangsneurosen blieben im Jahr 1983 und 1982 ungefähr gleich. Das etwa ausgeglichene Verhältnis der männlich zu den weiblichen Patienten hat sich über die Jahre nicht geändert. Das Durchschnittsalter lag 1983 bei 39,7 Jahren, 1982 bei 36,2 Jahren und 1978 bei 36,1 Jahren. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer 1983 war 32 Tage, 1982 31 Tage und 1978 35 Tage. Der GAS-Wert von 1983 bei Aufnahme betrug 44,8; es wurde bis zur Entlassung eine Verbesserung von 9,3 Einheiten errechnet. 1982 war der Aufnahme GAS 50,7 und die Verbesserung 12,6 Punkte. Ein Wert von 1978 liegt nicht vor.

Bewußtseins- und Orientierungsstörungen sehen wir 1983 gar nicht, 1982 nur bei den Zwangsneurosen und auch 1978 nur in einem geringen Prozentsatz.

Symptome der Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen liegen bei allen drei Jahrgängen zwischen 0 und 20 % und heben sich nicht von den übrigen Diagnosengruppen ab.

Bei den formalen Denkstörungen sehen wir in allen drei Jahrgängen ein Herausragen von dem Symptom eingeengt; 1983 und 1982 tritt auch das Symptom Grübeln hervor, wogegen verlangsamt 1983 mit 17 % und 1978 mit 11 % hervortritt, 1982 mit 19 % dagegen mehr das Symptom umständlich anzutreffen ist.

Die Befürchtungen und Zwänge sind in den drei Jahrgangsstufen jeweils charakteristisch für die Neurosen. Wahn-Symptome sehen wir nur 1978 vereinzelt.

Sinnestäuschungen und Ich-Störungen sind bei allen Jahrgängen gleichermaßen gering. Unter den Störungen der Affektivität liegt deprimiert und ängstlich in allen 3 Jahrgängen vorn. 1983 zeigt sich deprimiert mit 79 %, 1982 mit 81 % und 1978 mit 63 %. Das Symptom ängstlich kommt 1983 bei 59 %, 1982 bei 56 % und 1978 bei 60 % der Patienten vor. Ebenfalls häufig ist bei allen die innere Unruhe und die Insuffizienzgefühle. Bei allen 3 Jahrgängen sehen wir eine relative Häufung der Störung der Vitalgefühle im Vergleich zu den anderen Diagnosengruppen. Antriebs- und psychomotorische Störungen heben sich nicht ab von den übrigen Diagnosengruppen. In allen drei Jahrgängen überwiegen die Antriebsarmut und die motorische Unruhe. Suizidalität (1983 = 41 %, 1982 = 10 %, 1978 = 15 %) und sozialer Rückzug sind in den drei Vergleichsjahren häufige Symptome. Auch der Mangel an Krankheitseinsicht (1983 = 14 %, 1982 = 11 %, 1978 = 18 %) ragt in der Gruppe "andere Störungen" bei den Neurosen heraus.

Die somatischen Störungen sind bei allen drei Jahrgängen stark vertreten im Gegensatz zu den anderen Diagnosengruppen. Bei den Schlaf- und Vigilanzstörungen ragt 1983 mit 55 % die Einschlafstörung heraus, 1982 ebenfalls mit 33 % und 1978 sehen wir sie auch an der Spitze mit 50 %. Die Verminderung der Sexualität ist ein weiteres, bei allen Jahrgängen oft auftretendes Symptom; 1983 = 34 %, 1982 = 19 % und 1978 = 32 %. Fast genauso oft sehen wir die Verminderung des Appetits. Gastro-intestinale Störungen sehen wir im Jahr 1983 nur vereinzelt, 1982 kommen die Obstipation und die Magenbeschwerden häufiger vor, und auch 1978 finden wir in ungefähr 10 % der Fälle Übelkeit und Obstipation. Allen Untersuchungsjahrgängen gemeinsam ist das starke Auftreten des Symptoms Schwitzen (1983 = 28 %, 1982 = 19 %, 1978 = 27 %). Kardio-respiratorische Symptome sind in der Gruppe der Neurosen prägnant hoch, dies läßt sich 1983 und 1982 verfolgen und auch 1978, soweit diese Störungen aufgeführt sind. Von den restlichen somatischen Störungen hebt sich der Kopfdruck deutlich ab (1983 = 41 %, 1982 = 25 %, 1978 = 29 %).

Zusammenfassung:

Bei den Neurosen konnten wir in allen drei Jahrgängen eine große Übereinstimmung der Krankheitssymptome erkennen. Sowohl die Gruppe der Befürchtungen und Zwänge, als auch der hohe Prozentsatz einiger Symptome wie Suizidalität, sozialer Rückzug und Störung der Vitalgefühle waren charakteristisch für die Neurosen. An den somatischen Störungen ragten bei allen Jahrgängen die kardio-respiratorischen Störungen, sowie die Symptome Kopfdruck und Einschlafstörungen heraus. Relativ geringe Übereinstimmungen waren in der absoluten Fallzahl, dem Alter und der GAS zu erkennen. In dem Kapitel Diskussion wird darauf näher eingegangen.

4.2 Diagnosengruppe 2: Persönlichkeitsstörungen 301.0 - 301.9

4.2.1 Vergleich mit den übrigen Diagnosengruppen dieser Arbeit

Bei der Diagnosengruppe der Persönlichkeitsstörungen, fällt es schwer, eine eindeutige charakteristische Symptomenkonstellation zu finden. Oft auftretende Symptome wie Konzentrationsstörungen (23 %), eingeengt (20 %) und Hypochondrie (20 %) sind nicht typisch für die Persönlichkeitsstörungen, sondern bei den meisten Diagnosengruppen verstärkt zu finden. Die zahlreichen Störungen der Affektivität sind deprimiert (70 %), Insuffizienzgefühle (50 %), ängstlich (47 %), innerlich unruhig (37 %) und gereizt (30 %); aber auch dieser Störungen entsprechen dem Durchschnittswert aller Diagnosengruppen.

Auffällig ist bei den Störungen der Affektivität die relative Häufigkeit der Symptome affektarm (13 %), euphorisch (7 %) und gesteigerte Selbstwertgefühle (7 %) im Vergleich zu den übrigen Diagnosengruppen. Weiterhin heben sich die Symptome theatralisch (33 %), Aggressivität (23 %) und die vertrauliche Distanzlosigkeit (10 %) gegenüber den restlichen sechs Diagnosengruppen hervor.

Bei den sonstigen Störungen sehen wir auch in dieser Diagnosengruppe eine Anhäufung der Schlaf- und Vigilanzstörungen und der Appetenzstörungen, sowie vermehrtes Schwitzen (10 %) und gehäufter Kopfdruck mit 30 %. Keine dieser Störungen hebt sich jedoch gegenüber den Symptomen der anderen Diagnosengruppen ab.

Zusammenfassung:

Es läßt sich bei den Persönlichkeitsstörungen kein charakteristisches Symptommuster finden. Auffällig stark vertreten sind nur die Symptome theatralisch (35 %) und die Aggressivität (23 %) im Vergleich zu dem Rest der Diagnosengruppen.

4.2.2 Vergleich mit den Jahrgängen 1982 und 1978

30 Patienten mit der Diagnose Persönlichkeitsstörungen wurden 1983 in die psychiatrische Klinik Nußbaumstraße aufgenommen. 1982 waren es 75 und 1978 90 Patienten. Sowohl 1983 als auch 1982 waren die meisten Persönlichkeitsstörungen hysterische Persönlichkeitsstörungen. Das Verhältnis männlich zu weiblich betrug 1983 1 / 0,5, 1982 1 / 0,6 und 1978 1 / 0,4. Das Durchschnittsalter 1983 lag bei 36,5 Jahren, 1982 bei 30 Jahren und 1978 bei 26,5 Jahren. Die Aufenthaltsdauer 1983 ergab 28,5 Tage, 1982 31 Tage und 1978 25 Tage. Der GAS 1983 hatte bei Aufnahme den Wert 47,9 und stieg bis zur Entlassung um 10,9 Bewertungsstufen. 1982 ist der Aufnahme GAS-Wert 52,1 und bei Entlassung um 11,7 Punkte höher. Die Bewußtseins- und Orientierungsstörungen sind bei den Persönlichkeitsstörungen aller drei Jahrgänge zu vernachlässigen. Die Konzentrationsstörungen liegen 1983 bei 23 %, 1982 bei 21 % und 1978 bei 24 %. 1983 und 1982 ist eingeeengt die häufigste formale Denkstörung. 1978 ist dies umständlich. Mißtrauen finden wir in allen Jahrgängen mit ungefähr 20 %. Die Hypochondrie dagegen tritt nur 1983 verstärkt auf. Sinnestäuschungen und Ichstörungen sind bei allen drei Jahrgängen gering. Bei den Störungen der Affektivität tritt deprimiert (1983: 70 %, 1982: 56 %, 1978: 50 %) am häufigsten auf. Es folgen die Symptome: ängstlich, Insuffizienzgefühle, innerlich unruhig, hoffnungslos, gereizt, klageam/jammerig und affekt-labil. 1983 und 1982 hebt sich das Symptom theatralisch mit 33 % bzw. 24 % von den übrigen Diagnosen ab. 1978 wurde dieses Symptom noch nicht eigens aufgeführt. Relativ häufig sind in allen Jahrgängen die Aggressivität und die Suizidalität.

An den somatischen Störungen stehen die Schlaf- und Vigilanzstörungen sowie verminderter Appetit und verminderte Sexualität in allen Jahrgängen mit ca. 20 - 40 % im Vordergrund. An einzelnen körperlichen Symptomen fallen bei den drei Jahrgangsstufen Kopfdruck (1983: 30 %, 1982: 13 %, 1978: 10 %) und Schwitzen (1983: 10 %, 1982: 7 %, 1978: 20 %) ins Gewicht.

Zusammenfassung:

Bei dem Vergleich der Jahrgangsstufen konnte zwar eine große Übereinstimmung in der Häufigkeit und dem Überwiegen der Symptome festgestellt werden, es ließ sich aber kein spezielles Symptommuster für Persönlichkeitsstörungen finden. In der Fallzahl, der Aufenthaltsdauer, der Geschlechterrelation, dem GAS-Wert und dem Alter zeigten sich zwischen den drei Jahrgängen Unterschiede.

4.3 Diagnosengruppe 3: Anorexia nervosa 307.1

4.3.1 Vergleich mit den übrigen Diagnosengruppen dieser Arbeit

Die Diagnosengruppe Anorexia nervosa hat ein ganz charakteristisches Symptommuster. Neben auffällig niedrigen Symptomgruppen wie Bewußtseinsstörung, Orientierungsstörungen und Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen, sehen wir eine Anhäufung bei Symptomen aus der Gruppe der Befürchtungen und Zwänge, der Sinnestäuschungen und Ich-Störungen. Zwangsgedanken bei 54 %, Zwangsimpulse bei 38 % und Zwangshandlungen bei 46 % finden wir in keiner anderen Diagnosengruppe so häufig, einzig bei den Neurosen sehen wir in dieser Gruppe eine Symptommhäufung. Stimmenhören, Depersonalisation und Gedankenausbreiten mit 8 % kommt sonst in keiner Diagnosengruppe mit dieser relativen Häufigkeit vor. Bei den Störungen der Affektivität fällt gegenüber den anderen Gruppen das seltene Auftreten der Symptome deprimiert, ängstlich, innerlich unruhig und klagsam/jammerig auf. Für die Antriebs- und psychomotorischen Störungen zeigt sich ebenfalls eine unterdurchschnittliche Häufigkeit. Auffällig oft im Vergleich zu den übrigen Diagnosen findet man den Mangel an Krankheitsgefühl (31 %) und an Krankheitseinsicht (54 %), sowie die Ablehnung der Behandlung (31 %). Auch die überwertigen Ideen stehen mit 15 % an der Spitze der Diagnosengruppen.

Bei den somatischen Störungen sehen wir im Vergleich zu den anderen Diagnosengruppen eine unterdurchschnittliche Häufigkeit von Schlaf- und Vigilanzstörungen, kardiorespiratorischen Störungen und anderen körperlichen Symptomen. Eine Anhäufung zeigt sich bei krankheitsspezifischen Symptomen der Anorexia nervosa wie Verminderung (69 %) und Vermehrung (46 %) des Appetits, Verminderung der Sexualität (62 %), Erbrechen (54 %), Menstruationsstörungen (29 %) und Frösteln (15 %).

Zusammenfassung:

Der Symptomenkomplex der Anorexia nervosa ist eindeutig charakteristisch durch eine Anhäufung der Zwangssymptome, sowie dem Mangel an Krankheitsgefühl, an Krankheitseinsicht und der Ablehnung der Behandlung. Die übrigen psychischen Symptome sind im Vergleich zu den anderen Diagnosengruppen unterdurchschnittlich vertreten. Bei den somatischen Störungen finden wir auch eine auffällige Häufung krankheitsspezifischer Symptome, wie der Appetenzstörungen, dem Erbrechen und der Menstruationsstörung. Die anderen körperlichen Symptome sind unterproportional oft vertreten im Vergleich zu den übrigen Diagnosen.

4.3.2 Vergleich mit dem Jahrgang 1982

1978 ist die Diagnose Anorexia nervosa nicht getrennt aufgeführt, deshalb beschränkt sich der Vergleich auf 1982.

1983 erhielten 13 Patienten, 1982 16 Patienten die Diagnose Anorexia nervosa. Das sind 0,8 % der Klinikpopulation des jeweiligen Jahres.

Das Verhältnis männlich zu weiblich war 1983 1 / 0,9 und 1982 1 / 7. Das Durchschnittsalter 1983 betrug 22,7 Jahre und 1982 24 Jahre. Die Aufenthaltsdauer lag 1983 bei 38 Tagen und 1982 bei 51 Tagen. Der GAS-Wert bei Aufnahme war 1983 48,2 und bei Entlassung 54,0. Die Verbesserung machte somit 5,8 Bewertungsstufen aus. 1982 lag der Aufnahme-GAS bei 45,1, der Entlassungs-GAS bei 56,2, dies entspricht einer Verbesserung um 11,1 Bewertungseinheiten.

Bei den Bewußtseins- und Orientierungsstörungen sind keine eindeutigen Symptomenanhäufungen zu finden. Die Gruppe der Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen zeigt auffallend geringe Konzentrationsstörungen in den Jahren 1983 und 1982.

Das selten ausgeprägte Grübeln in beiden Jahrgängen fällt bei den formalen Denkstörungen auf im Vergleich zu den anderen Diagnosengruppen. Unter Befürchtungen und Zwängen heben sich 1983 das Zwangsgedenken mit 54 %, 1982 mit 12 %, Zwangsimpulse (1983: 38 %, 1982: 12 %) und Zwangshandlungen (1983: 46 %, 1982: 12 %) heraus. Die Störungen der Affektivität sind sowohl 1983 als auch 1982 im Vergleich zu den übrigen Diagnosengruppen besonders niedrig ausgeprägt. 1982 zeigen sich bei den Antriebs- und psychomotorischen Störungen die Symptome antriebsgesteigert in 37 % und logorrhöisch in 25 % der Fälle besonders häufig. 1983 zeigen diese Symptome keine Häufung im Vergleich zu den übrigen Diagnosen. In beiden Jahrgängen ist der Mangel an Krankheitsgefühl (1983: 31 %, 1982: 56 %), der Mangel an Krankheitseinsicht (1983: 54 %, 1982: 44 %) und die Ablehnung der Behandlung (1983: 31 %, 1982: 25 %) besonders häufig. An körperlichen Symptomen sehen wir sowohl 1983 als auch 1982 eine geringe Ausprägung der Schlaf- und Vigilanzstörungen, der kardio-respiratorischen Störungen und der neurologischen Störungen. Oft treten Appetenzstörungen auf; Appetit vermehrt (1983: 46 %, 1982: 19 %), Appetit vermindert (1983: 69 %, 1982: 19 %) und Sexualität vermindert (1983: 62 %, 1982: 25 %). An den gastro-intestinalen Störungen sticht das Erbrechen in dieser Diagnosengruppe heraus (1983: 54 %, 1982: 56 %), auch Magenbeschwerden und Obstipation sind im Vergleich zu den anderen Gruppen häufig. In beiden Jahrgängen sehen wir sehr oft die Menstruationsstörungen (1983: 23 %, 1982: 44 %).

Zusammenfassung:

Es läßt sich bei der Gegenüberstellung von 1983 und 1982 bei den Patienten mit Anorexia nervosa ein übereinstimmendes Symptommuster feststellen.

In beiden Jahrgängen stehen die Zwangssymptome, der Mangel an Krankheitsgefühl und Krankheitseinsicht, sowie die Ablehnung der Behandlung im Vordergrund. die übrigen psychischen Symptome sind unterproportional oft vertreten.

Bei den somatischen Symptomen sind die Appetenzstörungen und die gastro-intestinalen Störungen sehr häufig im Vergleich zu den übrigen Diagnosengruppen. Die anderen körperlichen Symptome mit Ausnahme der Menstruationsstörungen sind bei beiden Jahrgängen unterdurchschnittlich häufig vertreten.

Auch in der Fallzahl, dem Durchschnittsalter und dem GAS zeigen sich 1982 und 1983 große Übereinstimmungen.

4.4 Diagnosengruppe 4: akute Belastungsreaktionen 308.0 - 308.9

4.4.1 Vergleich mit den übrigen Diagnosengruppen dieser Arbeit

Bei der Diagnosengruppe der akuten Belastungsreaktionen läßt sich keine spezifische Anhäufung von Symptomen finden. Im Vergleich zu den übrigen Diagnosengruppen liegen die Symptome ungefähr im Durchschnitt, einige Symptome sind eher unterdurchschnittlich oft vertreten.

Bei den Bewußtseinsstörungen finden wir eine relative Häufung der Bewußtseinsverschiebung mit 7 % gegenüber den anderen Gruppen. Diese Anhäufung reicht jedoch nicht aus, um das Symptom als charakteristisch für akute Belastungsreaktionen anzugeben. Auffallend ist weiterhin die geringe Anzahl der Konzentrationsstörungen (7 %), ähnlich wie bei der Anorexia nervosa. Bei den formalen Denkstörungen liegen eingeengt und Grübeln mit je 20 % ähnlich wie bei den anderen Diagnosengruppen an der Spitze. Bei den Befürchtungen und Zwängen ist nur das Mißtrauen mit 13 % zu erwähnen. Sinnestäuschungen und Ichstörungen treten gar nicht auf. Häufige Störungen der Affekte sind deprimiert (87 %), ängstlich, innerlich unruhig (je 47 %) und die Insuffizienzgefühle (33 %). Deutlich von den übrigen Diagnosengruppen hebt sich die Affektlabilität mit 40 % ab. Die Suizidalität ist mit 20 % im Vergleich zu den anderen Diagnosengruppen deutlich niedriger, ebenso wie bei den Anpassungsstörungen. Die übrigen psychischen Symptome heben sich nicht von dem Durchschnitt der anderen Diagnosengruppen ab.

Bei den körperlichen Symptomen ist das einzige im Vergleich herausragende Symptom die Übelkeit mit 20 %. Daraus läßt sich aber kein charakteristisches Symptom

für akute Belastungsreaktionen ableiten. Die anderen körperlichen Symptome heben sich wiederum nicht von den übrigen Diagnosengruppen ab. Wie bei den anderen Gruppen sind die Schlaf- und Vigilanzstörungen relativ häufig, desweiteren sehen wir eine Verminderung des Appetits bei 33 %, Herzklopfen bei 20 %, vermehrtes Schwitzen und Kopfdruck ebenfalls bei 20 % der Fälle.

Zusammenfassung:

Es läßt sich bei den akuten Belastungsreaktionen kein eindeutiges Symptommuster finden. Bei den psychopathologischen Symptomen fallen lediglich die geringen Konzentrationsstörungen und die geringe Suizidalität, sowie die häufige Affektlabilität im Vergleich zu den restlichen 6 Diagnosengruppen auf.

Bei den körperlichen Symptomen hebt sich nur die Übelkeit von den anderen Diagnosen ab.

4.4.2 Vergleich mit den Jahrgängen 1982 und 1978

Weder 1982 noch 1978 wurde diese Diagnosengruppe eigenständig bearbeitet, deshalb ist kein Vergleich möglich.

4.5 Diagnosengruppe 5: kurzdauernde depressive Reaktionen 309.0

4.5.1 Vergleich mit den übrigen Diagnosengruppen dieser Arbeit

Bei den kurzdauernden depressiven Reaktionen finden wir Bewußtseins- und Orientierungsstörungen mit nur 2 % ähnlich niedrig wie bei den übrigen Diagnosengruppen. Auch bei Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen, sowie bei den formalen Denkstörungen läßt sich keine charakteristische Symptomenanhäufung feststellen. Das einzige Symptom über 20 % ist eingeengt (21 %). Das Gleiche gilt für die Befürchtungen und Zwänge, Ich-Störungen und Sinnestäuschungen. Bei den Störungen der Affektivität dagegen sehen wir im Vergleich zu den anderen Diagnosengruppen eine größere Anzahl des Symptoms deprimiert (96 %) und hoffnungslos (46 %). Die Ängstlichkeit (42 %), innere Unruhe (38 %) und Insuffizienzgefühle (31 %) liegen im Schnitt der restlichen Diagnosengruppen. Als einziges anderes psychisches Symptom hebt sich noch die Suizidalität mit 69 % deutlich von den übrigen Diagnosen ab.

Bei den körperlichen Symptomen zeigen sich weder eine spezifische Anhäufung noch besonders geringe Werte im Vergleich zu den übrigen Diagnosengruppen.

Zusammenfassung:

Charakteristisch für die kurzdauernden depressiven Belastungsreaktionen ist die Häufung der Symptome deprimiert, hoffnungslos und der Suizidalität. Die somatischen Störungen heben sich nicht von den übrigen Diagnosen ab.

4.5.2 Vergleich mit dem Jahrgang 1982

Da 1978 diese Diagnosengruppe nicht eigens aufgeführt wurde, beschränken wir uns auf den Vergleich mit dem Jahrgang 1982.

1983 erhielten 52 Patienten die Diagnose 'kurzdauernde depressive Belastungsreaktion', 1982 waren es 81 Patienten. Dies waren 1983 3,3 % der gesamten Klinikpopulation, 1982 4,1 %. Das Verhältnis männlich zu weiblich lautete 1983 1 / 1,1, 1982 1 / 0,6. Das Durchschnittsalter 1983 lag bei 31,4 Jahren, 1982 bei 33 Jahren. Die Patienten blieben 1983 mit dieser Diagnose 19,1 Tage stationär in der Klinik, 1982 blieben sie 18 Tage. Der GAS-Wert bei Aufnahme lag 1983 bei 43,8 und bei Entlassung bei 60,6, somit war die Verbesserung 16,8 Bewertungsstufen. 1982 war der Aufnahme-GAS 50,7 und der Entlassungs-GAS 69,3. Die Verbesserung betrug hier 18,6 Bewertungsstufen.

Bewußtseins- und Orientierungsstörungen sehen wir weder 1983 noch 1982 verstärkt bei den kurzdauernden depressiven Reaktionen. Die Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen sind in beiden Jahrgängen im Vergleich zu den übrigen Diagnosen eher unterdurchschnittlich oft vertreten. Von den formalen Denkstörungen ist in beiden Jahren das Symptom eingeengt das häufigste (1983: 21 %, 1982: 17 %). Unter den Befürchtungen und Zwängen ist das Mißtrauen zu erwähnen (1983: 13 %, 1982: 12 %). Es fällt auf, daß sowohl 1983 als auch 1982 bei den Störungen der Affektivität deprimiert (1983: 96 %, 1982: 90 %) und hoffnungslos (1983: 46 %, 1982: 35 %) überdurchschnittlich oft auftreten. Es folgen dann in beiden Jahren ängstlich und innerlich unruhig. Die drei häufigsten Symptome der Antriebs- und psychomotorischen Störungen sind in beiden Jahrgängen antriebsarm, motorisch unruhig und theatralisch. An weiteren Symptomen ist 1983 und 1982 die Suizidalität mit 69 % bzw. 56 % gegenüber den übrigen Diag-

nosengruppen ein hervorstechendes Symptom.

An somatischen Symptomen sind die Einschlaf- und Durchschlafstörungen und der verminderte Appetit in beiden Jahren über 30 % angesiedelt; diese Symptome heben sich aber wie die anderen körperlichen Symptome nicht von den übrigen Diagnosen ab.

Zusammenfassung:

Bei den kurzdauernden depressiven Reaktionen sehen wir 1983 und 1982 ein fast identisches Symtommuster. Es heben sich im Vergleich zu anderen Diagnosen die Häufung der Depression, Hoffnungslosigkeit und Suizidalität ab. Aber auch die restlichen Syntome, die sich nicht von den anderen Diagnosengruppen abheben, haben fast identische Werte. Dies trifft auch für die somatischen Störungen zu. Von den Grunddaten gleichen sich die Altersverteilung und die Aufenthaltsverteilung; die anderen Werte weichen teils erheblich voneinander ab.

4.6 Diagnosengruppe 6: längerdauernde depressive Reaktionen und neurotische Depression (309.1 und 300.4)

4.6.1 Vergleich mit den übrigen Diagnosengruppen dieser Arbeit

Es ist schwierig, ein gehaues Symtommuster für die Diagnosen längerdauernde depressive Reaktionen und neurotische Depression zu finden. Es fallen jedoch geringe Unterschiede im Vergleich zu den übrigen Diagnosengruppen auf. 1983 sind sowohl die Konzentrationsstörungen (30 %) als auch die Merkfähigkeitsstörungen (16 %) häufiger als bei den anderen Diagnosengruppen dieser Arbeit anzutreffen. Bei den formalen Denkstörungen sehen wir Grübeln überproportional häufig mit 40 %. Die nächst seltenere formale Denkstörung ist eingeengt mit 23 %, die sich nicht von den anderen Diagnosen abhebt. Von den Befürchtungen und Zwängen ist Mißtrauen (13 %) und Hypochondrie (15 %) am öftesten vertreten. Wir sehen in dieser Diagnosengruppe zahlreiche Symptome der Störung der Affektivität; am stärksten ist das Symptom deprimiert vertreten mit 96 %. Es folgen innerlich unruhig und Insuffizienzgefühle mit jeweils 48 %, ängstlich mit 51 %, klagsam/jammerig mit 41 % und hoffnungslos mit 39 %. Die Antriebs- und psychomotorischen Störungen liegen im Vergleich zu den übrigen Diagnosen im Normbereich. Antriebsarm (23 %), motorisch unruhig (20 %) und theatralisch (24 %). An anderen Störungen ragt die Suizidalität (56 %) und der soziale Rückzug (45 %) gegenüber den übrigen Diagnosen heraus.

Körperliche Symptome treten in dieser Diagnosengruppe sehr häufig auf. Die Einschlafstörungen stehen an der Spitze mit 61 % vor den Durchschlafstörungen mit 59 %. Der Appetit ist bei 45 % vermindert, die Sexualität bei 26 %. Die Häufigkeit der gastro-intestinalen Störungen und der kardio-respiratorischen Störungen liegen im oberen Normbereich verglichen mit den übrigen Diagnosen dieser Arbeit.

Unter den anderen körperlichen Symptomen ist das vermehrte Schwitzen (23 %) und der Kopfdruck (25 %) zu erwähnen. Auffallend ist noch die relative Häufung der neurologischen Symptome.

Zusammenfassung:

Bei der Diagnosengruppe der längerdauernden depressiven Reaktionen und der neurotischen Depression sehen wir eine generelle Anhäufung sowohl der körperlichen als auch der psychischen Symptome. Besonders auffallend im Vergleich zu den übrigen Diagnosengruppen sind die häufigen Konzentrations- und Merkfähigkeitsstörungen. Auch das Symptom Grübeln hebt sich von den anderen Diagnosen ab. Die Störungen der Affektivität sind charakteristisch für diese Diagnosengruppe und besonders hebt sich deprimiert, innerlich unruhig und die Insuffizienzgefühle von den Restdiagnosen ab. Der soziale Rückzug, aber auch die Suizidalität sind bei den längerdauernden depressiven Reaktionen und bei der neurotischen Depression stark vertreten.

Die Schlaf- und Vigilanzstörungen finden wir in keiner Diagnosengruppe in häufigerer Anzahl und auch die Verminderung des Appetits und der Sexualität wird nur noch von der Anorexia nervosa übertroffen. Auch eine leichte Anhäufung der neurologischen Symptome sind in dieser Diagnosengruppe zu erwähnen.

4.6.2 Vergleich mit den Jahrgängen 1982 und 1978

Beim Jahrgang 1978 müssen wir uns mit dem Vergleich ausschließlich der depressiven Neurose begnügen, da die längerdauernden depressiven Reaktionen nicht eigens aufgeführt werden.

1983 erhielten 8 Patienten die Diagnose neurotische Depression und 79 die Diagnose längerdauernde depressive Reaktion. 1982 bekamen 17 Patienten die Diagnose neurotische Depression und 83 die Diagnose längerdauernde depressive Reaktion.

1978 erhielten 193 Patienten die Diagnose 300.4 = depressive Neurose bzw. neurotische Depression. 1983 sind dies 5,5 % an der gesamten Klinikpopulation, 1982 5,1 % und 1978 11,0 %. Das Verhältnis der männlichen zu den weiblichen Patienten war 1983: 1 / 1,4, 1982: 1 / 1,2 und 1978: 1 / 0,7. Das Durchschnittsalter lag 1983 bei 41,7 Jahren, 1982 bei 38 Jahren und 1978 bei 33,5 Jahren. 1983 waren die Patienten im Durchschnitt 29,7 Tage in stationärer Behandlung, 1982 24 Tage und 1978 31 Tage. Der GAS-Wert lag bei Aufnahme im Jahre 1983 bei 45,4 und bei Entlassung bei 57,8. Dies ergibt somit eine Verbesserung um 12,4 Einheiten. 1982 war der Aufnahme-Wert 50,0 und der Entlassungs-Wert 65,1, die Verbesserung betrug 15,1 Bewertungsstufen.

Die Bewußtseins- und Orientierungsstörungen kommen bei dieser Diagnose in allen drei Jahrgängen kaum vor. Bei den Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen sind die Konzentrations- und Merkfähigkeitsstörungen in allen Jahrgängen am häufigsten (1983: 30% bzw. 16 %, 1982: 22 % bzw. 6 %, 1978: 26 % bzw. 12 %). Bei den formalen Denkstörungen fällt auf, daß sich 1983 und 1982 das Symptom Grübeln deutlich von den übrigen Diagnosen abhebt (1983: 40 %, 1982: 31 %); es folgt eingeengt (1983: 23 %, 1982: 20 %, 1978: 13 %). Bei den Befürchtungen und Zwängen, Sinnestäuschungen und Ich-Störungen sehen wir in den 3 Jahrgängen keine Besonderheiten. Die Störungen der Affektivität machen 1983, 1982 und 1978 den größten und häufigsten Bestandteil der Symptome aus. 1983 heben sich die Symptome deprimiert (95 %), innerlich unruhig (48 %) und Insuffizienzgefühle (48 %) von den restlichen Diagnosen ab. 1982 ragt deprimiert mit 89 % und hoffnungslos mit 50 % hervor, 1978 sind es die Symptome deprimiert (82 %), hoffnungslos (53 %) und Insuffizienzgefühle (40 %). Unter den Antriebs- und psychomotorischen Störungen finden wir keine Besonderheiten. Auffällig oft sehen wir 1983 die Symptome sozialer Rückzug (45 %) und Suizidalität (56 %).

1982 liegen diese Symptome mit 32 % bzw. 46 % deutlich niedriger. 1978 heben sich die Suizidtendenzen mit 40 % wie 1983 deutlich von den übrigen Diagnosengruppen ab.

Unter den somatischen Störungen finden wir in allen drei Jahrgängen besonders unter den Schlaf- und Vigilanzstörungen eine Anhäufung der Symptome im Gegensatz zu anderen Diagnosengruppen. Einschlafstörungen liegen 1983 bei 67 %, 1982 bei 47 % und 1978 bei 62 %, bei den Durchschlafstörungen sind es 1983: 59 %, 1982: 40 % und 1978: 61 %.

Bei den Appetenzstörungen stehen die Verminderung des Appetits und der Sexualität im Vordergrund. Die gastro-intestinalen Störungen und die kardio-respiratorischen Störungen heben sich 1983, 1982 und 1978 nicht von den übrigen Diagnosen ab. Zu erwähnen ist noch das relativ starke Auftreten der neurologischen Symptome 1983 und 1982. 1983 sehen wir die Störung Tremor bei 7 % der Fälle, 1982 bei 12 % der Fälle.

Zusammenfassung:

Bei dem Vergleich der drei Jahrgänge muß berücksichtigt werden, daß 1978 die neurotische Depression allein aufgeführt ist. 1983 und 1982 dagegen die neurotische Depression und die längerdauernden Reaktionen.

Es läßt sich bei dieser Diagnosengruppe erkennen, daß sie von den Störungen der Affektivität bestimmt wird. Besonders deprimiert, aber auch hoffnungslos und die Insuffizienzgefühle stehen bei den neurotischen Depressionen und den längerdauernden depressiven Reaktionen im Vergleich zu den übrigen Diagnosen im Vordergrund. Ferner lassen sich Konzentrations- und Merkfähigkeitsstörungen sowie das Symptom Grübeln überproportional oft finden, auch der soziale Rückzug und die Suizidalität sehen wir sehr häufig in dieser Diagnosengruppe.

Unter den somatischen Störungen haben sich in allen drei Jahrgängen die Einschlaf- und Durchschlafstörungen von den übrigen Diagnosengruppen abgehoben. Auch die neurologischen Störungen sind im Vergleich zu den Restdiagnosen relativ häufig.

Bei den Grunddaten können wir besonders zwischen 1983 und 1982 große Parallelen in der Fallzahl, der Geschlechterrelation und dem Durchschnittsalter erkennen.

4.7 Diagnosengruppe 7: Anpassungsstörungen 309.2 - 309.9

4.7.1 Vergleich mit den übrigen Diagnosengruppen dieser Arbeit

Bewußtseins- und Orientierungsstörungen finden wir wie in den anderen Diagnosengruppen bei den Anpassungsstörungen kaum. Bei den Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen fällt besonders die Konzentrationsstörung mit 27 % auf. Dieses Symptom ist nur bei längerdauernden depressiven Reaktionen noch häufiger. Die formalen Denkstörungen sind im Vergleich zu den übrigen Diagnosengruppen geringer vertreten, besonders fällt das Symptom eingeengt in nur 7 % der Fälle gegenüber den anderen Gruppen ab. Grübeln dagegen ist mit 27 % ein vergleichsweise häufiges Symptom. Bei den Befürchtungen und Zwängen fällt auf, daß das Mißtrauen im Gegensatz zu den Restdiagnosengruppen mit 7 % unterproportioniert ist; dagegen die Hypochondrie in 33 % der Fälle sehr häufig auftritt und nur noch von der Gruppe der Neurosen mit 48 % übertroffen wird. Auch die Störungen der Affektivität geben ein sehr inhomogenes Bild. Im Vergleich zu den übrigen Gruppen sind sehr häufig die Symptome ängstlich (67 %), klagsam/jammerig (53 %) und gesteigerte Selbstwertgefühle (7 %); selten dagegen sind im Vergleich die Symptome deprimiert (67 %), hoffnungslos (7 %), gereizt (7 %) und Insuffizienzgefühle (13 %). Die Affektlabilität ist wie bei den akuten Belastungsreaktionen recht oft mit 33 %. Die Symptome motorisch unruhig (33 %) und theatralisch (47 %) sehen wir deutlich häufiger als bei den restlichen 6 Einzelgruppen dieser Arbeit. Seltener sind der soziale Rückzug und die Suizidalität mit jeweils 13 %. Der Mangel an Krankheitseinsicht (27 %) wird dagegen nur noch bei der Anorexia nervosa häufiger beobachtet. Die somatischen Symptome sind bei den Anpassungsstörungen unterdurchschnittlich oft vertreten. Die Ausnahme bilden die Müdigkeit, die wir in 27 % der Fälle sehen und die Konversionssymptome, die in 40 % auftreten.

Zusammenfassung:

Bei den Anpassungsstörungen sehen wir zwar bei einigen Symptomen ein spezifisch geringes bzw. häufiges Auftreten, jedoch sind diese Besonderheiten sehr inhomogen über die unterschiedlichen Symptomgruppen verteilt. Zu erwähnen wäre das geringe Auftreten von den Symptomen eingeengt und mißtrauisch, sowie das häufige Auftreten der Hypochondrie. Deutlich seltener sind bei den Störungen der Affektivität im Vergleich zu den übrigen Gruppen, die Symptome deprimiert, hoffnungslos, gereizt und die Insuffizienzgefühle. Deutlich häufiger finden wir dagegen ängstlich und klagsam/jammerig. Desweiteren sehen wir oft motorisch unruhig, theatralisch und den Mangel an Krankheitseinsicht, selten den sozialen Rückzug und die Suizidalität.

Bei den körperlichen Symptomen kann man eine charakteristische Reduzierung der Symptome sehen, bis auf die Müdigkeit und die Konversionssymptome.

4.7.2 Vergleich mit dem Jahrgang 1982

Im Jahr 1978 wurde diese Diagnosengruppe nicht gesondert bearbeitet, deshalb beschränkt sich der Vergleich auf das Jahr 1982.

1983 erhielten 15 Patienten die Diagnose Anpassungsstörungen, 1982 waren es 12. Dies sind 1,0 % bzw. 0,6 % in der jeweiligen Klinikpopulation. 1983 wurde 13 mal die Diagnose Anpassungsstörung mit vorwiegend emotionaler Symptomatik gestellt, 1982 dagegen nur 2 mal. Häufiger waren 1982 die Diagnosen Anpassungsstörung vorwiegend im Sozialverhalten und Anpassungsstörung vorwiegend im Sozialverhalten mit emotionaler Symptomatik. Diese Diagnosen waren bei jeweils 5 Patienten gegeben. Das Verhältnis männlich zu weiblich bei den Anpassungsstörungen waren 1983: 1 / 1,5 und 1982: 1 / 0,2.

Das Durchschnittsalter lag 1983 bei 38,9 Jahren und 1982 bei 28 Jahren. Für die Aufenthaltsdauer errechneten sich 1983: 24,6 Tage und 1982: 19 Tage. 1983 sehen wir einen Aufnahme-GAS von 41,1 und einen Entlassungs-GAS von 58,5, also eine Verbesserung von 17,4 Bewertungsstufen. 1982 lag der Aufnahme Wert bei 55,2 und der Entlassungs-Wert bei 63,1. Die Patienten verbesserten sich somit während ihres Aufenthaltes um 7,9 Bewertungsstufen.

1983 und 1982 können wir bei den Anpassungsstörungen die Bewußtseins- und Orientierungsstörungen vernachlässigen. Von den Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen hebt sich in beiden Jahrgängen die Konzentrationsstörung ab (1983: 27 %, 1982: 33 %). 1983 sehen wir das Symptom eingeengt (7 %) im Vergleich zu den restlichen Diagnosen deutlich erniedrigt. 1982 liegt dieses Symptom mit 42 % im Durchschnittsbereich. Bei der Gruppe der Befürchtungen und Zwänge verhält es sich 1983 im Gegensatz zu 1982 genau umgekehrt. Das Mißtrauen ist mit 7 % 1983 besonders selten, 1982 dagegen besonders hoch mit 25 %. Die Hypochondrie wiederum ist 1983 mit 33 % sehr häufig, 1982 aber mit 8 % gering vertreten. Bei den Störungen der Affektivität haben wir ein ähnliches Bild. 1982 sind die Symptome dysphorisch und gereizt (je 42 %), sowie die Insuffizienzgefühle (58 %) und die Schuldgefühle (17 %) überdurchschnittlich häufige Symptome. 1983 dagegen sind die Symptome gereizt (7 %), Insuffizienzgefühle (13 %) und Schuldgefühle (0 %) unterdurchschnittlich aufgetreten und dysphorisch mit 7 % im Normbereich. Deprimiert ist in beiden Jahrgängen übereinstimmend im Gruppenvergleich niedrig (1983: 67 %, 1982: 50 %). Die Ängstlichkeit sehen wir sowohl 1983 (67 %) als auch 1982 (50 %) als häufiges Symptom, ebenso das Symptom klagsam/jammerrig (1983: 53 %, 1982: 33 %). Die Symptome affektilab 33 %, motorisch unruhig 33 % und theatralisch 47 % sind 1983 überdurchschnittlich häufig, 1982 dagegen sind sie mit jeweils 8 % im Gruppenvergleich unterdurchschnittlich oft vertreten. Umgekehrt ist dies bei sozialem Rückzug und der Aggressivität.

1983 sind die Werte mit 13 % bzw. 0 % sehr niedrig. 1982 dagegen mit 50 % bzw. 42 % besonders hoch. In beiden Jahrgängen ist die Suizidalität (1983: 13 %, 1982: 17 %) relativ niedrig und der Mangel an Krankheitseinsicht im Vergleich zu den übrigen Diagnosengruppen erhöht (1983: 27 %, 1982: 17 %).

Die somatischen Symptome sind in beiden Jahrgängen charakteristischerweise im Gruppenvergleich erniedrigt. 1983 bilden die Müdigkeit (27 %) und die Konversions-symptome (40 %) die Ausnahme. 1982 heben sich nur die Konversionssymptome mit 17 % ab.

Zusammenfassung:

Wir finden bei der Diagnosengruppe der Anpassungsstörungen in beiden Jahrgängen charakteristische Überdurchschnittliche und unterdurchschnittliche Werte, wenn wir sie mit den anderen Diagnosengruppen vergleichen. Die Symptome sind jedoch 1983 und 1982 nur selten gleichmäßig erhöht oder erniedrigt, meistens verhalten sie sich gegensätzlich. Gemeinsame Häufungen sehen wir nur bei den Konzentrationsstörungen, der Ängstlichkeit, dem Symptom klagsam/jammerig und dem Mangel an Krankheitseinsicht. Unterdurchschnittlich oft vertreten sind in beiden Jahrgängen das Symptom deprimiert und die Suizidalität. Bei den somatischen Störungen sehen wir eine größere Übereinstimmung. In beiden Jahrgängen sind die körperlichen Symptome im Vergleich zu den übrigen Symptomen selten. Sowohl 1983 als auch 1982 sind die Konversionssymptome erhöht.

4.8 Hauptdiagnosengruppe I: psychogene Reaktionen 308.0 - 308.9, 309.0, 309.2 - 309.9

4.8.1 Vergleich mit der Hauptdiagnosengruppe II

Zu den psychogenen oder kurzdauernden Reaktionen zählen wir die Anpassungsstörungen (309.2 - 309.9) die akuten Belastungsreaktionen (308.0 - 308.9) und die kurzdauernden depressiven Reaktionen (309.0). Diese Hauptdiagnosengruppe I vergleichen wir mit der Hauptdiagnosengruppe II, zu der die gesamten Neurosen (300.0 - 300.9) und die längerdauernden depressiven Reaktionen (309.1) zählen.

Die psychogene Reaktion (Gruppe I) umfaßt 82 Patienten. Die Neurosen und längerdauernden depressiven Reaktionen (Gruppe II) beinhaltet 116 Patienten.

Dies macht 5,1 % bzw. 7,3 % am gesamten Patientengut aus.

Die Geschlechterrelation beträgt in beiden Hauptdiagnosengruppen 1 / 1,3, männlich zu weiblich. Das Durchschnittsalter ist bei den längerdauernden depressiven Reaktionen und Neurosen mit 41,5 Jahren höher als bei den kurzdauernden Reaktionen mit 32,5 Jahren. Die Aufenthaltsdauer lag in der Hauptdiagnosengruppe I bei 19,1 Tagen, in der Gruppe II bei 30,2 Tagen. Der Aufnahme-GAS ist bei den kurzdauernden Reaktionen 45,6 und bei Entlassung 60,8; das ergibt eine Verbesserung von 15,2 Bewertungsstufen. Bei den längerdauernden depressiven Reaktionen und Neurosen ist der Aufnahme-GAS 45,3 und der Entlassungs-GAS 56,9, somit eine Verbesserung von 11,6 Einheiten. Bei der Hauptdiagnosengruppe I ist das Verhältnis verheiratet zu ledig 1 / 1,5; bei der Gruppe II 1 / 0,5.

Wir sehen bei den Orientierungs- und Bewußtseinsstörungen eine gleich niedrige Symptommhäufigkeit in beiden Hauptdiagnosengruppen. Bei den Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen, den formalen Denkstörungen und auch bei den Befürchtungen und Zwängen finden wir

in der Hauptdiagnosengruppe I niedrigere Werte als bei der Hauptdiagnosengruppe II. Fast alle Symptome dieser Gruppen sind in der zweiten Hauptdiagnosengruppe doppelt so häufig. Die Sinnestäuschungen und Ich-Störungen können wir in beiden Hauptgruppen vernachlässigen. Charakteristisch für die psychogenen Reaktionen sind die häufigen Symptome der Störungen der Affektivität. Deprimiert liegt mit 85 % an der Spitze, gefolgt von ängstlich mit 48 %, innerlich unruhig mit 40 %, hoffnungslos mit 34 % und klagsam/jammerig mit 32 %. Bei der Hauptdiagnosengruppe II sind diese Symptome ungefähr genauso oft vertreten. Nur die Insuffizienz- und Schuldgefühle mit 28 % bzw. 5 % sind bei den psychogenen Reaktionen niedriger. Die Affektlabilität wiederum ist bei der Hauptdiagnosengruppe II niedriger (19 % zu 26 %). Bei den Antriebs- und psychomotorischen Störungen fällt die Logorrhoe in der Hauptdiagnosengruppe I mit 15 % im Vergleich zu 9 % der Hauptdiagnosengruppe II auf. Circardiane Besonderheiten sind bei den psychogenen Reaktionen gering. Ein häufiges Symptom ist die Suizidalität (50 %) bei den kurzdauernden Reaktionen. Sie ist bei den Neurosen und längerdauernden (Hauptdiagnosengruppe II) mit 53 % nur gering häufiger.

Die körperlichen Störungen sind bei der Hauptdiagnosengruppe I seltener als bei der Hauptdiagnosengruppe II. Bei den Einschlaf-, Durchschlafstörungen und der Verkürzung der Schlafdauer sehen wir bei den kurzdauernden Reaktionen 38 %, 31 % und 13 %, bei den längerdauernden Reaktionen und Neurosen dagegen 59 %, 54 % und 25 %. Auch bei den Appetenzstörungen sind die Symptome Verminderung des Appetits (28 %) und Verminderung der Sexualität (5 %) seltener als bei der Hauptgruppe II. Die gastro-intestinalen Störungen und die kardio-respiratorischen Störungen sind der Hauptdiagnosengruppe II nur geringgradig häufiger.

Störungen, die wir in der Hauptdiagnosengruppe I deutlich seltener sehen, sind das vermehrte Schwitzen (11 %), der Kopfdruk (20 %) und die Rückenbeschwerden (4 %).

Zusammenfassung:

Wir sehen bei den psychogenen Reaktionen eine Häufung der Störungen der Affektivität; dies trifft jedoch genauso für die Hauptdiagnosengruppe II zu. Ein ebenfalls auffallend häufiges Symptom ist die Suizidalität mit 50 %. Die übrigen Symptome sind im Vergleich zur Hauptdiagnosengruppe II geringer oder gleich häufig. Ausnahmen bilden die Affektlabilität (26 %) und die Logorrhoe (15 %), die in der Hauptdiagnosengruppe I häufiger sind.

Die somatischen Störungen der psychogenen Reaktionen werden bestimmt von den Schlaf- und Vigilanzstörungen, sowie von der Verminderung des Appetits und der Kopfdruk. Die übrigen Symptome liegen unter 15 % und sind meistens geringer als die der Hauptdiagnosengruppe II.

Große Unterschiede sehen wir bei den Grunddaten besonders im Durchschnittsalter und der Aufenthaltsdauer. Aber auch im GAS-Wert und im Familienstand lassen sich Diskrepanzen erkennen.

4.8.2 Vergleich mit den Jahrgängen 1982 und 1978

1983 erhielten 82 Patienten die Diagnosen 309.0, 309.2 - 309.9 und 308.0 - 308.9. 1982 waren es 100 Patienten. 1978 wurden 99 Patienten zu der Gruppe "vorübergehende kurzfristige psychische Auffälligkeiten" gezählt, damals fielen sie unter die ICD-Nr. 307. Am gesamten Patientengut der Klinik entspricht das 1983 und 1982 einem prozentualen Anteil von 5,1 % und 1978 von 5,7 %. Das Verhältnis männlich zu weiblich war 1983 1 / 1,3, 1982 1 / 0,5 und 1978 1 / 1,1. Das Durchschnittsalter lag 1983 bei 32,5 Jahren, 1982 bei 32 Jahren und 1978 bei 26,3 Jahren.

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer betrug 1983: 19,1 Tage, 1982: 18 Tage und 1978: 16 Tage. Der GAS-Wert bei Aufnahme war 45,6 und bei Entlassung 60,8. Die Verbesserung ergibt 1983 15,2 Bewertungsstufen. 1982 läßt sich ein Wert bei Aufnahme von 53 ermitteln und bei Entlassung von 66,2. Also ist die Verbesserung 13,2 Bewertungsstufen. 1978 erfolgte keine GAS-Scalierung.

Bewußtseins- und Orientierungsstörungen sehen wir 1983 und 1982 nur in 1 - 2 % der Fälle. 1978 sind diese Störungen gering höher. Bei den Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen sind in allen drei Jahrgängen nur die Konzentrationsstörungen in über 10 % zu finden (1983: 15 %, 1982: 18 %, 1978: 17 %). Das häufigste Symptom der formalen Denkstörungen ist bei allen Jahrgängen eingeengt (1983: 18 %, 1982: 19 %, 1978: 14 %).

Befürchtungen und Zwänge sehen wir, bis auf das Symptom Mißtrauen 1983, 1982 und 1978 in weniger als 10 % der Fälle. Sinnestäuschungen, Ich-Störungen und der Wahn sind bei den kurzfristigen Reaktionen sehr selten. Bei den Patienten dieser Diagnosengruppe der kurzfristigen Reaktionen sind die Störungen der Affektivität am häufigsten. Am stärksten vertreten ist das Symptom deprimiert (1983: 89 %, 1982: 87 % und 1978: 56 %); es folgen ängstlich (1983: 48 %, 1982: 36 %, 1978: 44 %), hoffnungslos mit jeweils 34 %, innerlich unruhig (1983: 40 %, 1982: 32 %, 1978: 44 %) und Insuffizienzgefühle (1983: 28 %, 1982: 25 %, 1978: 22 %). Die Affektlabilität ist 1983 mit 26 % besonders stark vertreten. Oft beobachtete Symptome (in 10 - 25 % der Fälle) bei den Antriebs- und psychomotorischen Störungen sind antriebsarm, motorisch unruhig und theatralisch. Das letzte Symptom wurde 1978 nicht eigens aufgeführt. Verlaufsbesonderheiten lassen sich bei der kurzdauernden Reaktion nicht eruieren. Unter den anderen Störungen ragt die Suizidalität heraus (1983: 50 %, 1982: 53 % und 1978: 37 %). Auch der soziale Rückzug und der Mangel an

Krankheitseinsicht sind häufig (1983: 27 % bzw. 15 %, 1982: 18 % bzw. 11 %, 1978: 27 % bzw. 20 %)

An somatischen Störungen ragen in allen drei Jahrgängen die Schlaf- und Vigilanzstörungen heraus. Einschlafstörungen kamen 1983 in 38 % der Fälle vor, 1982 in 35 % und 1978 in 34 % der Fälle. Durchschlafstörungen sehen wir 1983 in 31 %, 1982 in 38 % und 1978 in 33 %. Die Verkürzung der Schlafdauer finden wir 1983 in 13 %, 1982 in 11 % und 1978 in 17 % der Fälle. Weitere häufige körperliche Symptome sind die Verminderung des Appetits (1983: 28 %, 1982: 26 %, 1978 23 %) und der Kopfdruck (1983: 20 %, 1982: 15 %, 1978: 10 %). Alle weiteren somatischen Symptome sind 1983 seltener als 20 %, 1982 seltener als 10 % und 1978 seltener als 15 %.

Zusammenfassung:

Wir finden in allen drei Jahrgängen große Übereinstimmung der Symptommhäufigkeit. Geprägt wird die Gruppe der kurzdauernden Reaktionen, Anpassungsstörungen und Belastungsreaktionen von den Störungen der Affektivität. Auch die Suizidalität und den Mangel an Krankheitseinsicht finden wir in allen drei Jahrgängen sehr häufig.

Die körperlichen Symptome sind ebenfalls in allen drei Jahrgängen fast identisch. Die Schlaf- und Vigilanzstörungen, die Verminderung des Appetits und der Kopfdruck sind jeweils die häufigsten Symptome.

Bei den Grunddaten stimmen die absolute Patientenzahl und die Aufenthaltsdauer aller drei Jahrgänge nahezu überein. 1982 weicht das Geschlechterverhältnis vom leichten Frauenübergewicht der übrigen Jahrgänge ab. 1978 liegt das Durchschnittsalter mit 26 Jahren circa 6 Jahre niedriger als 1983 und 1982. Der Aufnahme- und Entlassungs-GAS sind 1983 im Vergleich zu 1982 niedriger.

4.9 Hauptdiagnosengruppe II: Neurosen und längerdauernde depressive Reaktionen, 300.0 - 300.9 und 309.1

4.9.1 Vergleich mit der Hauptdiagnosengruppe I

Zu der Hauptdiagnosengruppe II zählen die Neurosen (300.0 - 300.9) und die längerdauernden depressiven Reaktionen (309.1).

Doppelt so häufige Symptome als in der Hauptdiagnosengruppe I sehen wir bei den Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen. Die Konzentrationsstörungen treten bei der Gruppe II in 28 %, bei der Gruppe I nur in 15 % der Fälle auf. Bei den Merkfähigkeitsstörungen ist das Verhältnis 14 % zu 6 %. Auch die meisten formalen Denkstörungen sind bei der Hauptdiagnosengruppe II doppelt so häufig. Bei dem Symptom verlangsamt sind es 15 % zu 7 %, bei umständlich 10 % zu 5 %, bei eingeengt 27 % zu 18 % und bei Grübeln 34 % zu 17 %. Das Gleiche gilt für die Befürchtungen und Zwänge. Häufige Symptome sind hier das Mißtrauen (20 %), die Hypochondrie (23 %) und das Zwangsgedanken (12 %). Wie bei der Hauptdiagnosengruppe I sehen wir die meisten Symptome bei den Störungen der Affektivität. Die Symptome deprimiert (91 %), ängstlich (53 %), innerlich unruhig (48 %), klagsam/jammerig (39 %) und hoffnungslos (34 %) sind in beiden Hauptdiagnosengruppen ungefähr genauso häufig. Nur die Symptome Insuffizienzgefühle (47 %) und Schuldgefühle (16 %) sehen wir bei den Neurosen und längerdauernden depressiven Reaktionen doppelt so häufig. Die Affektlabilität (15 %) dagegen ist selten. Bei den Antriebs- und psychomotorischen Störungen sind die Symptome motorisch unruhig (20 %), theatralisch (21 %) in beiden Hauptgruppen ungefähr genauso häufig. Unterschiedlich oft sehen wir die Antriebsarmut in der Hauptdiagnosengruppe II bei 22 % der Fälle und in der Gruppe I bei 16 %.

Die Logorrhoe sehen wir in der Gruppe II bei 9 % und in der Gruppe I bei 15 %. Die circadianen Besonderheiten sind in der Hauptdiagnosengruppe II generell höher als in der Gruppe I. Unter den anderen häufigen Störungen finden wir den sozialen Rückzug bei den Neurosen und längerdauernden depressiven Reaktionen in 43 % im Gegensatz zu 27 % bei den kurzdauernden Reaktionen. Die Suizidalität liegt in beiden Gruppen ungefähr bei 50 %. Weitere gleichhäufige Symptome über 10 % und unter 20 % sind in beiden Gruppen der Mangel an Krankheitseinsicht, die quantitative Abwehr der Affekte, die beobachtete Depression und die psychomotorische Hemmung.

Die körperlichen Symptome sind bei der Hauptdiagnosengruppe II häufiger als bei der Gruppe I. Dies sehen wir besonders bei den Einschlafstörungen (59 % zu 38 %), den Durchschlafstörungen (54 % zu 31 %), der Verkürzung der Schlafdauer (25 % zu 13 %), dem Früherwachen (13 % zu 6 %) sowie der Verminderung des Appetits (41 % zu 28 %) und der Sexualität (28 % zu 5 %). Das Gleiche gilt für den Schwindel (21 % zu 11 %), das vermehrte Schwitzen (24 % zu 11 %), den Kopfdruck (29 % zu 20 %) und die Rückenbeschwerden (12 % zu 4 %). Die übrigen körperlichen Symptome liegen unter 20 % und sind ebenfalls bei den längerdauernden depressiven Reaktionen und Neurosen überwiegend häufiger vertreten.

Zusammenfassung:

Die häufigsten Symptome der Hauptdiagnosengruppe II finden wir wie bei der Hauptdiagnosengruppe I bei Störungen der Affektivität. Desweiteren finden wir sehr oft Suizidalität, sozialen Rückzug und das Symptom Grübeln. Die psychopathologischen Symptome kommen bei den längerdauernden depressiven Reaktionen und Neurosen häufiger vor als bei den kurzdauernden Reaktionen. Bei den Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen, den for-

nalen Störungen, der Befürchtungen und Bangen, sowie der Intriebe- und psychomotorischen Störungen sind die Symptome meistens doppelt so häufig wie bei der Hauptdiagnosengruppe I.

Auch bei den meisten körperlichen Symptomen aus den Gruppen der Schlaf- und Vigilanzstörungen, der Appetenzstörungen, der neurologischen Störungen, der anderen vegetativen Störungen und den weiteren Störungen sind die Symptome meist doppelt so häufig wie bei den Kurzdauerformen Reaktionen. Nur die gastro-intestinalen Störungen und die kardio-respiratorischen Störungen sind bei der Hauptdiagnosengruppe II und I ungefähr gleich oft vertreten.

4.9.2 Vergleich mit den Jahrgängen 1961 und 1976

1981 erhielten 115 Patienten die Diagnosen Neurosen und längerdauernde depressive Reaktionen, 1961 waren es 101 Patienten, 1976 bekamen 110 Patienten die Diagnose Neurosen. Die Diagnose längerdauernde depressive Reaktionen wurde 1976 nach ICD 8 noch nicht eigene geführt, deshalb berücksichtigen wir den Jahrgang 1976 nur für die Neurosen.

1981 nahm diese Hauptdiagnosengruppe II 2,1 % des gesamten Patientengutes ein, 1961 waren es 10,2 % und 1976 18 %. Das Verhältnis männlicher zu weiblichen Patienten war 1961 1 / 1,3, 1982 1 / 1,1 und 1976 1 / 0,9. Das Durchschnittsalter betrug 1961 41,5 Jahre, 1981 37,5 Jahre und 1976 34,4 Jahre. Die Patienten waren 1961 im Schnitt 10,2 Tage in stationärer Behandlung, 1981 waren es 10,2 Tage und 1976 12,5 Tage. Der GKS-Wert war 1961 bei Aufnahme 44,3 und bei Entlassung 50,4. Die Verbesserung lag somit bei 11,8 Bewertungsstufen. 1981 betrug der Aufnahme GKS 40,6, der Entlassungs GKS 54,8 und die Verbesserung lag bei 14,2 Bewertungsstufen. Von 1976 liegen keine GKS-Werte vor.

Bewußtseins- und Orientierungsstörungen sehen wir in allen drei Jahrgängen, genauso wie bei der Hauptdiagnosengruppe I, nur in 1 - 2 %. Von den Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen ragen die Konzentrationstörungen (1983: 28 %, 1982: 21 %, 1978: 25 %) und die Merkfähigkeitsstörungen (1983: 14 %, 1982: 9 %, 1978: 12 %) heraus. Die formalen Denkstörungen sind bei der Gruppe der Neurosen und längerdauernden depressiven Reaktionen häufig anzutreffen. Wir sehen Grübeln (1983: 34 %, 1982: 24 %), eingeengt (1983: 27 %, 1982: 25 %, 1978: 14 %), verlangsamt (1983: 15 %, 1982: 11 %, 1978: 12 %) und umständlich (1983: 10 %, 1982: 14 %, 1978: 8 %). Auch die Befürchtungen und Zwänge sind in allen drei Jahrgängen überdurchschnittlich oft vorzufinden. Am häufigsten ist die Hypochondrie (1983: 23 %, 1982: 26 % und 1978: 20 %), es folgen Mißtrauen (1983: 20 %, 1982: 10 %, 1978: 16 %) und das Zwangsdenken (1983: 12 %, 1982: 6 %, 1978: 7 %). Sinnestäuschungen, Ich-Störungen und Wahnsymptomatik ist in allen drei Jahrgängen zu vernachlässigen. Einen großen Anteil nehmen dagegen die Störungen der Affektivität ein. Besonders die Symptome deprimiert (1983: 91 %, 1982: 84 %, 1978: 77 %), ängstlich (1983: 53 %, 1982: 47 %, 1978: 53 %) und hoffnungslos (1983: 34 %, 1982: 40 %, 1978: 40 %) sind stark vertreten. Häufig sind auch die Insuffizienzgefühle (1983: 47 %, 1982: 31 %, 1978: 37 %), die innere Unruhe (1983: 46 %, 1982: 34 %, 1978: 52 %) und klagsam/jammerig (1983: 39 %, 1982: 34 %, 1978: 23 %). An Antriebs- und psychomotorischen Störungen fallen besonders die Antriebsarmut (1983: 22 %, 1982: 24 %, 1978: 38 %), die motorische Unruhe (1983: 20 %, 1982: 19 %, 1978: 14 %) und das Symptom theatralisch (1983: 21 %, 1982: 21 %) ins Gewicht.

Circadiane Besonderheiten sind in allen drei Jahrgängen selten. An anderen Störungen sehen wir besonders häufig die Suizidalität (1983: 53 %, 1982: 28 %, 1978: 30 %), den sozialen Rückzug (1983: 43 %, 1982: 32 %, 1978: 42 %) und den Mangel an Krankheitseinsicht (1983: 15 %, 1982: 15 %, 1978: 14 %).

Auch die somatischen Störungen sind bei der Hauptdiagnosengruppe II in allen drei Jahrgängen häufig vertreten. Prozentual am häufigsten sehen wir Schlaf- und Vigilanzstörungen. Einschlafstörungen (1983: 59 %, 1982: 42 %, 1978: 57 %), Durchschlafstörungen (1983: 54 %, 1982: 38 %, 1978: 56 %) und die Verkürzung der Schlafdauer (1983: 25 %, 1982: 21 %, 1978: 28 %) sehen wir oft. An Appetenzstörungen finden wir besonders die Verminderung des Appetits (1983: 41 %, 1982: 30 %, 1978: 39 %) und der Sexualität (1983: 28 %, 1982: 13 %, 1978: 25 %). Gastro-intestinale Störungen, kardiorespiratorische Störungen und neurologische Störungen sind in allen drei Jahrgängen relativ seltene körperliche Symptome. Häufig finden wir dagegen das vermehrte Schwitzen (1983: 24 %, 1982: 17 %, 1978: 24 %) und den Kopfdruck (1983: 29 %, 1982: 22 %, 1978: 25 %).

Zusammenfassung:

Wir finden bei den Neurosen und längerdauernden depressiven Reaktionen eine erstaunlich große Übereinstimmung der psychopathologischen und körperlichen Symptome sowohl bei der Art der Störungen als auch bei der Häufigkeit. Diese Übereinstimmung erstreckt sich auf alle drei Jahrgänge. Die meisten Symptome finden wir bei den Störungen der Affektivität. Aber auch unter den Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen, den formalen Denkstörungen und den Befürchtungen und Zwängen sind häufige Symptome anzutreffen. Charakteristisch oft finden wir auch die Suizidalität, ebenso wie den sozialen Rückzug.

Den Hauptteil der körperlichen Symptome machen in allen drei Jahrgängen die Schlaf- und Vigilanzstörungen, sowie die Appetenzstörungen aus.

Bei den Grunddaten, der Geschlechterrelation, dem Durchschnittsalter, der Aufenthaltsdauer und dem GAS-Wert finden wir keine genaue Übereinstimmung der drei Jahrgänge.

5. Diskussion

In diesem Teil der Arbeit wird zunächst der Stand der Literatur über die Neurosen, Persönlichkeitsstörungen und psychogenen Reaktionen, wie er in der Einleitung dargestellt wurde, zusammengefaßt. Danach vergleichen wir unsere Ergebnisse mit den Daten der Jahrgänge 1978 und 1982.

Die Patienten des Jahres 1982 können wir gut mit dem Patientengut dieser Arbeit vergleichen, da beiden Jahrgängen die 9. Revision der internationalen Klassifikation der Krankheiten zugrunde liegt (ICD-9). 1978 wurde die 8. Revision der internationalen Klassifikation der Krankheiten verwendet. Beim Vergleich der Daten des Jahres 1983 mit den Daten von 1978 für die in dieser Arbeit betrachteten Diagnosengruppen ist auch zu berücksichtigen, daß hier verschiedene Versionen des gleichen Dokumentationssystems für die psychopathologische Symptomatik verwendet wurden, nämlich vor 1980 das AMP-System und danach das AMDP-System. Außerdem wurde 1978 der Schweregrad der Krankheiten noch nicht berücksichtigt (GAS-Einteilung). Bei dem Vergleich mit dem Jahrgang 1978 können wir die Neurosen (ICD 300) und Persönlichkeitsstörungen (ICD 301) direkt vergleichen. Die psychogenen Reaktionen dagegen wurden 1978 nicht aufgeführt, sondern unter der gemeinsamen Diagnose "vorübergehende kurzfristige psychische Auffälligkeiten, die mit situativen Belastungen im Zusammenhang stehen" (ICD 307) zusammengefaßt. Dieses müssen wir beim Vergleich berücksichtigen. Wir versuchen in dieser Arbeit, für die Diagnosen der ICD-9, welche 1982 und 1983 berücksichtigt wurden, ein charakteristisches Symptommuster zu finden. Unsere Ergebnisse vergleichen wir auch mit den Diagnosengruppen der ICD-8 des Jahres 1978, um Unterschiede oder Gemeinsamkeiten festzustellen.

Die Ergebnisse unserer Arbeit ergeben sich aus der Auswertung der klinischen Daten, die mit Hilfe des AMDP-Systems erhoben wurden. Es werden sieben Diagnosen nach ICD-9 betrachtet: Neurosen (ICD 300), Persönlichkeitsstörungen (ICD-301), Anorexia nervosa (ICD 307.1), Belastungsreaktionen (ICD 308), kurzdauernde depressive Reaktionen (ICD 309.0), längerdauernde depressive Reaktionen (ICD 309.1) und übrige Anpassungsstörungen (ICD 309).

Zusätzlich wurden zwei Hauptdiagnosengruppen gebildet, um eine bessere Übersicht mit einem größeren Patientenkollektiv zu schaffen. Die erste Hauptdiagnosengruppe faßt die kurzdauernden Reaktionen zusammen, die zweite die längerdauernden Reaktionen und Neurosen. Berücksichtigt wurden bei den 241 Patienten des Jahrganges 1983 aus diesen Diagnosengruppen die demographischen Daten, sowie der psychische und körperliche Befund des AMDP-Systems.

Bevor wir mit der Diskussion beginnen, wollen wir uns noch einmal kurz die wichtigsten Ergebnisse des Literaturteils vergegenwärtigen.

Die WHO beschreibt die Neurosen als "geistige Störungen ohne organische Grundlagen und mit unvermindertem Realitätsbewußtsein". Als häufige vorklinische Symptome werden in der Literatur Müdigkeit, Reizbarkeit, Schlaflosigkeit und Dysthymie beschrieben. Die Autoren sind sich einig, daß ohne eine exakte Definition der Neurosen keine wissenschaftlichen vergleichbaren Ergebnisse zustande kommen. So sind auch die bis jetzt sehr uneinheitlichen Prozentzahlen bei den Angaben zur Häufigkeit der Neurosen an den psychiatrischen Krankheiten zu erklären. Bei Kindern wurde ein Überwiegen vom männlichen Geschlecht gefunden, bei Erwachsenen beim weiblichen Geschlecht.

Bei der Beschreibung der verschiedenen Neurosenformen wird von C.P. Freeman (21) auf das Problem der Unterscheidung von der neurotischen Depression und der endogenen Depression eingegangen. Er unterscheidet die Neurose anhand der guten Realitätseinschätzung, des geringen Grades der Depression und der Verbindung mit den Symptomen Angst, Hypochondrie und Zwang. Desweiteren wird die schwierige Unterscheidung von Angst- und depressiver Neurose erwähnt. Auch die Abgrenzung der Zwangsneurose ist gelegentlich schwierig, weil die anderen Neurosenformen oft mit Zwangssymptomen vergesellschaftet sind. Für die hypochondrische und die hysterische Neurose wird dagegen ein charakteristisches Symptommuster beschrieben.

Bei der Diagnose Persönlichkeitsstörungen stellt sich für viele Autoren das Problem zwischen seelisch gesund und seelisch krank zu unterscheiden. Es gibt verschiedene Methoden, Personen zu einem bestimmten Persönlichkeits-typ zuzuordnen.

Die WHO definiert "die nicht-normale Persönlichkeit als tief-ingewurzelttes Fehlverhalten seit der Jugend oder noch früher, meistens bis ins Alter. Die Persönlichkeit ist in ihrer Ausgewogenheit, ihrer Qualität und ihrem Ausdruck gestört, der Patient oder die Umwelt leiden darunter".

C.P. Freeman (21) unterscheidet die hysterische, zwanghafte, schizoide, narzistische, antisoziale und Border-line-Persönlichkeit. Er erwähnt die schwierige Unterscheidung zwischen Zwangsneurose und der zwanghaften Persönlichkeit.

Über die ICD-9 Diagnosengruppe der psychogenen Reaktionen gibt es bis jetzt wenig Literatur, da erst seit der 9. ICD-Revision eine Aufteilung der psychogenen Reaktionen vorgenommen wurde. Es werden die akuten Belastungsreaktionen von den Anpassungsstörungen unterschieden. Bei diesen Diagnosen wird ein verständlicher Zusammenhang mit einem belastenden Ereignis vorausgesetzt. Entweder ist die Belastung außergewöhnlich stark oder die Belastbarkeit des Patienten sehr gering.

5.1 - Neurosen (ohne depressive Neurose)

Im folgenden Abschnitt versuchen wir die Neurosen, wie sie sich in unseren Daten zeigen, zu beschreiben. Sowohl die Symptome als auch die anamnestischen Daten vergleichen wir mit den Daten des Jahrganges 1982. Beim Vergleich mit dem Jahr 1978 müssen wir berücksichtigen, daß in der ICD-8 die psychogenen Reaktionen nicht eigens aufgeführt wurden und deshalb die längerdauernden depressiven Reaktionen in der Diagnosengruppe der Neurosen enthalten sind. Wir gehen der Frage nach, ob sich ein spezifisches Symptommuster für die ICD-Diagnosengruppe Neurosen finden läßt. In diese Betrachtung ziehen wir auch die anamnestischen Daten mit ein.

Auffallend beim Vergleich der Diagnosengruppe Neurosen (ohne depressive Neurose) sind die unterschiedlichen Fallzahlen. 1978 waren es 123 Patienten, 1982 waren es 101 Patienten, 1983 nur noch 29 Patienten. Es ist hier zu erwähnen, daß in den drei Jahrgängen die Zahl der stationär behandelten Patienten stark schwankt (1750 Pat. im Jahr 1978; 1973 Pat. im Jahr 1982; 1591 Pat. im Jahr 1983). Es soll aber auch darauf hingewiesen werden, daß sich das Patientengut in der Klinik in den letzten Jahren zu Gunsten anderer Diagnosen, vor allem der Suchtkrankheiten verändert hat.

Wir sehen in beiden Jahrgängen ein charakteristisches Symptommuster für die ICD-Diagnosengruppe Neurosen. Die AMDP-Symptomgruppe "Befürchtungen und Zwänge" steht im Vordergrund. Es lassen sich hier bei der Hypochondrie, dem Zwangsgedanken, den Zwangshandlungen, den Zwangsimpulsen und den Phobien charakteristische Häufungen in allen drei Ausprägungsgraden finden. Das Gleiche gilt für das Symptom eingeengt, das wir nur noch bei der Diagnose Anorexia nervosa (ICD 307.1) in dieser Häufigkeit finden. Wir finden auch die Symptome ängstlich und beobachtete Angstzustände, die für die Angstneurosen charakteristisch sind, in dieser

Diagnosengruppe am häufigsten und zwar meistens in leichter und mittlerer Ausprägung. Desweiteren sind im Jahrgang 1982 die Symptome Ambivalenz und Grübeln besonders häufig, im Jahrgang 1978 dagegen die Symptome innerlich unruhig und antriebsarm. In allen drei Jahrgängen sind außer den schon erwähnten Symptomen noch die Logorrhoe und der soziale Rückzug, die in überwiegend leichter und mittlerer Ausprägung auftreten, erhöht.

Die Symptome aus dem somatischen Befund des AMDP-Systems sind in allen drei Jahrgängen erhöht. Generell fällt uns die Vielzahl der körperlichen Beschwerden bei den Neurosen im Gegensatz zu den anderen Diagnosengruppen auf. Hier fallen Symptommäufungen in den Gruppen "Schlaf- und Vigilanzstörungen", sowie die "kardio-respiratorischen Störungen" durch ihr häufiges Auftreten, zum größten Teil in leichter und mittlerer Ausprägung, in allen Jahrgängen auf, außerdem noch die verminderte Sexualität, das vermehrte Schwitzen, der Kopfdruck und die Konversionssymptome. Wir können daraus folgern, daß bei den Patienten der Diagnosengruppe Neurosen somatische Beschwerden zum Krankheitsbild gehören.

Die niedrige Patientenzahl in der Gruppe der Neurosen im Jahr 1983 erlaubt nicht, die einzelnen Neurosen noch genauer zu betrachten bezüglich der psychopathologischen und somatischen Symptome.

Betrachtet man diese Ergebnisse, so ist zu sagen, daß für die Diagnosengruppe Neurosen charakteristisch ist, daß eine Vielzahl somatischer Symptome erhöht sind. Im Gegensatz dazu sind nur einige Symptome des psychischen Befundes bezüglich ihrer Häufigkeit erhöht, dies sind besonders Befürchtungen und Zwänge.

5.2 _ Persönlichkeitsstörungen _

Bei der Diagnosengruppe Persönlichkeitsstörungen ist es möglich, alle drei Jahrgänge gegenüberzustellen, da sich die ICD-8 bei dieser Diagnosengruppe nicht von der ICD-9 unterscheidet.

Wie bei den Neurosen, fällt uns auch bei den Persönlichkeitsstörungen die unterschiedliche Patientenzahl in den drei Jahrgängen auf. 1978 wurden 90 Patienten den Persönlichkeitsstörungen zugeordnet, 1982 waren es 75 Patienten und 1983 nur noch 30 Patienten. Im Jahrgang 1983 bedeutet die Diagnose Persönlichkeitsstörungen, daß bei der diagnostischen Einteilung der Symptomatik der Patienten keine weitere ICD-9 Diagnose genannt wurde.

In den Patientenjahrgängen 1978 und 1982 konnte kein charakteristisches Symptommuster für die Persönlichkeitsstörungen gefunden werden. Es fiel jedoch in diesen beiden Jahrgängen eine weitgehende Übereinstimmung der Symptome auf. Auch 1983 läßt sich keine prägnante Häufung einer bestimmten Symptomgruppe erkennen. Bei einzelnen Symptomen ist aber die Übereinstimmung zu den Vergleichsjahrgängen sehr groß. Die Symptome depressiv und ängstlich aus der Symptomengruppe der Störungen der Affektivität zeigen hier im Vergleich zu den anderen Diagnosengruppen unterdurchschnittliche Häufigkeiten. Andere Symptome wie gereizt und dysphorisch heben sich dagegen bezüglich der Häufigkeit in allen drei Jahrgängen von den übrigen Diagnosengruppen ab. Sie treten meistens in leichter bis mittlerer Ausprägung auf. Auch das Symptom theatralisch, das nur 1982 und 1983 verwendet wurde (AMDP-System), kommt bei den Persönlichkeitsstörungen häufiger vor. Weiterhin charakteristisch ist in allen drei Jahrgängen das gehäufte Vorkommen von leichter bis mittelstarker Aggressivität. 1982 und 1983 ist zusätzlich die Selbstbeschädigung erhöht. Wenn wir diese Beobachtungen und die durchgehend geringe Anzahl von somatischen Symptomen berücksichtigen, ergibt dies zusammen für die Diagnosengruppe Persönlichkeitsstörungen ein charakteristisches Bild.

Anhand der häufigen Symptome dysphorisch, gereizt, theatralisch sowie der Aggressivität erkennen wir, daß die Patienten mit Persönlichkeitsstörungen ihre Beschwerden nach außen tragen und innere Konflikte weniger in Erscheinung treten. Dies wird noch bestätigt durch das geringe Auftreten von somatischen Symptomen. Auch das unterdurchschnittliche Vorkommen der schwerwiegenden, belastenden Symptome wie depressiv, hoffnungslos und ängstlich zeigt, daß Patienten mit Persönlichkeitsstörungen ein anderes psychopathologisches Bild zeigen, als die Patienten mit Neurosen. Somit ist zu sagen, daß die Persönlichkeitsstörungen, obwohl sie nur uncharakteristische Symptome zeigen, sich dennoch von den anderen, in dieser Arbeit betrachteten Diagnosengruppen, abgrenzen.

5.3 - Anorexia nervosa

Die Gruppe von Patienten mit einer Anorexia nervosa (ICD 307.1) betrachten wir eigens und beschreiben hier den psychopathologischen Befund und die anamnestischen Daten. Die ICD-Diagnose "Anorexia nervosa" ist charakterisiert durch ein typisches Symptommuster. Das Lehrbuchwissen über diese Krankheit findet sich naturgemäß auch in den Daten des Patientenjahrganges 1982 und 1983. Da ausgeprägte EBrituale zu der Krankheit gehören, ergibt sich folgerichtig eine Symptomanhäufung in der Gruppe der Befürchtungen und Zwänge in leichter und mittlerer Ausprägung. Auch das Symptom eingeengt ist im Vergleich zu den anderen Diagnosengruppen charakteristischerweise hoch. Die anderen Symptome des psychopathologischen Befundes, wie die AEDP-Symptomgruppen Störungen der Affektivität und Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen sehen wir in den Patientenjahrgängen 1982 und 1983 im Vergleich zu den anderen Diagnosengruppen in unterdurchschnittlicher Häufigkeit.

Bei den somatischen Symptomen finden wir die gleiche Tendenz. Die Symptomgruppen, die nicht mit der Krankheit zusammenhängen, wie Schlaf- und Vigilanzstörungen oder die kardio-respiratorischen Störungen sind unterdurchschnittlich oft vertreten. Andere Symptome, die zu dem Krankheitsbild gehören, sehen wir in keiner anderen Diagnosengruppe so häufig. Hierzu zählen die Verminderung und Vermehrung des Appetits, das Erbrechen, die Magenbeschwerden und die Obstipation, sowie Verminderung der Sexualität und die Menstruationsstörungen meistens in allen drei Ausprägungsstufen.

Die starke psychosoziale Beeinträchtigung bei Aufnahme und Entlassung ist verständlich, da der Mangel an Krankheitseinsicht sowie der Mangel an Krankheitsgefühl und die Ablehnung der Behandlung bei Patienten mit Anorexia nervosa häufig vorkommen. In den Daten der beiden Jahrgänge, die miteinander verglichen wurden, ließen sich diese Besonderheiten bestätigen. Wir finden somit für die ICD-Diagnose "Anorexia nervosa" ein charakteristisches Bild.

5.4 akute Belastungsreaktion

Die Diagnosengruppe "akute Belastungsreaktionen", die erst in der ICD-9 eingeführt wurde, versuchen wir von den anderen Diagnosengruppen, insbesondere von den übrigen psychogenen Reaktionen abzugrenzen. Wir wollen zuerst die dazugehörigen vergleichbaren Diagnosen aus der ICD-8 und ICD-9 einander gegenüberstellen, um die Besonderheiten dieser Diagnosengruppe herauszuarbeiten.

Die ICD-9 macht zur Auflage, daß die rasch vorübergehenden Störungen jeder Schwere und Art nur bei Personen auftreten, die vorher nicht psychisch auffällig waren. Sie sollten üblicherweise innerhalb von Stunden bis Tagen abklingen. Daher ist nicht zu erwarten, daß sich bei den Symptomen der akuten Belastungsreaktion ein charakteristisches Symptommuster finden wird.

Ein Vergleich mit dem Jahrgang 1982 ist nicht möglich, da damals diese Diagnose nur zusammen mit anderen Diagnosen im Rahmen der Hauptdiagnosengruppenbetrachtung behandelt wurde. Im Jahre 1978 wurden gemäß der ICD-8 die psychogenen Reaktionen zu einer Diagnose "vorübergehende kurzfristige psychische Auffälligkeiten, die mit situativen Belastungen im Zusammenhang stehen" zusammengefaßt. In diese Diagnosengruppe sollten alle vorübergehenden Störungen unabhängig vom Schweregrad, die bei Personen auftreten, die vorher unter keinen auffälligen psychischen Störungen litten, eingeordnet werden. Außerdem seien diese Störungen als Antwort auf eine Situation mit außergewöhnlichem körperlichen und seelischen Streß aufzufassen und sie neigen dazu, innerhalb von 48 Stunden zurückzugehen. Diese Definition klingt zwar ähnlich wie die der akuten Belastungsreaktion in der neuen Version der ICD, aber 1978 zählte dazu auch ein Teil der Patienten, die in der ICD-9 in der Diagnosengruppe der Anpassungsstörungen untergebracht sind. Anhand der absoluten Fallzahl kann man den Unterschied erkennen. 1983 wurden 7 Patienten zu dieser Gruppe gezählt. 1982 gehörten zu den akuten Belastungsreaktionen 15 Patienten, 1978 waren es 99 Patienten.

Zusammenfassend können wir über die psychopathologischen Symptome bei den akuten Belastungsreaktionen sagen, daß sie in geringer bis unterdurchschnittlicher Häufigkeit auftreten. Ausnahme sind die affektiven Symptome, die gleich häufig auftreten wie in den meisten anderen Diagnosengruppen, die in dieser Arbeit betrachtet wurden. Das Symptom Affektlabilität tritt als einziges 1983 häufiger im Vergleich zu den übrigen hier betrachteten Diagnosengruppen auf, aber meistens in leichter Ausprägung. Die somatischen Symptome unterscheiden sich nicht von den anderen Diagnosengruppen.

Somit ist festzustellen, daß die akuten Belastungsreaktionen neben einer geringen Häufigkeit der aufgetretenen Symptome vor allem durch die kurze Dauer der Auffälligkeiten charakterisiert sind. Durch diese Besonderheiten grenzen sie sich von den längerdauernden depressiven Reaktionen ab.

5.5 _ _ kurzdauernde depressive Reaktionen

Aus der Gruppe der Anpassungsstörungen der ICD-9 greifen wir hier die kurzdauernde depressive Reaktion (Nr. 309.0 in der ICD-9) heraus.

Die Diagnose kurzdauernde depressive Reaktion kommt genauso wie die akute Belastungsreaktion erst in der ICD-9 vor. Daher fehlt im Jahr 1978 die entsprechende Vergleichsgruppe. Auch bei dieser Diagnose versuchen wir wiederum, ein charakteristisches Symptommuster zu finden und vergleichen dieses besonders mit dem der längerdauernden depressiven Reaktion (Nr. 309.1 in der ICD-9).

Patienten mit einer kurzdauernden depressiven Reaktion zeigen ein niedriges Durchschnittsalter und eine geringe Aufenthaltsdauer in der Klinik. Auch die deutlichere Besserung der psychosozialen Beeinträchtigung während des kurzen Aufenthaltes ist für diese ICD-9 Diagnose im Vergleich zu der längerdauernden depressiven Reaktion typisch. 1982 wurde ebenfalls der Versuch unternommen, die kurzdauernden depressiven Reaktionen den längerdauernden depressiven Reaktionen gegenüberzustellen, wobei eine Abgrenzung auf der Ebene der Symptome nicht möglich war. Auch 1983 unterscheiden sich die beiden ICD-9 Diagnosen nicht bezüglich der Art der aufgetretenen Symptome. Zu erwähnen ist aber, daß die aufgetretenen Symptome bei den längerdauernden depressiven Reaktionen häufiger sind als bei den kurzdauernden depressiven Reaktionen. Die bei beiden Diagnosen häufig vorkommenden Symptome sind in der Regel in 5 bis 10 % bei den längerdauernden depressiven Reaktionen höher als bei den kurzdauernden depressiven Reaktionen. Charakteristisch für beide Diagnosen sind die Symptome deprimiert und hoffnungslos in leichter und mittlerer Ausprägung; auch andere affektive Symptome sehen wir häufig. Das einzige Symptom, welches bezüglich der Häufigkeit für die kurzdauernden depressiven Reaktionen typisch ist, ist die Suizidalität in leichter bis mittelstarker Ausprägung. Eine höhere Häufigkeit dieses Symptoms zeigte sich schon 1982 bei den kurzdauernden depressiven Reaktionen.

Die Häufigkeitsverteilung der Symptome des somatischen Befundes zeigt bei dieser Diagnosengruppe keine Besonderheiten.

Abschließend kann man sagen, daß die höhere Häufigkeit der Symptome aus dem Bereich der "Störungen der Affektivität", insbesondere der Symptome depressiv und hoffnungslos, sowie Suizidalität für depressive Reaktionen im Vergleich zu anderen in dieser Arbeit betrachteten Diagnosen charakteristisch ist. Eine Abgrenzung der kurzdauernden von den länderdauernden depressiven Reaktionen ist dadurch nicht möglich. Um die Diagnose abzugrenzen, muß man neben der Häufigkeit der psychopathologischen und somatischen Symptome auch die Krankheitsdauer berücksichtigen.

5.6 längerdauernde depressive Reaktionen und neurotische Depression

Bevor wir abschließend die längerdauernden depressiven Reaktionen und neurotischen Depressionen gemeinsam betrachten, soll erwähnt werden, daß diese beiden ICD-Diagnosen in der Praxis der klinischen Diagnostik nur schwer zu unterscheiden sind. Aus den gleichen Gründen wurden diese Diagnosen auch schon 1982 zusammengefaßt. Im Jahr 1978, in der ICD-8 gab es nur eine Diagnose, die neurotische Depression.

Wie schon im vorigen Kapitel erwähnt, ist es schwierig, eine Unterscheidung dieser beiden Diagnosen zu den kurzdauernden depressiven Reaktionen anzugeben, da sich die Art der Symptome weitgehend entsprechen. Die Häufigkeit dieser Symptome ist aber im Vergleich zu den kurzdauernden depressiven Reaktionen und den anderen hier betrachteten Diagnosen höher. Somit ist die höhere Häufigkeit der Symptome, die im letzten Abschnitt erwähnt wurde, das differenzierende Merkmal dieser beiden Diagnosen. Dies gilt sowohl für den psychopathologischen als auch für den somatischen Befund. Wie schon im vorigen Abschnitt erwähnt, dominieren hier die affektiven Symptome. Es heben sich besonders die Symptome innerlich unruhig und die Insuffizienzgefühle in leichter und mittlerer Ausprägung im Beobachtungsjahr 1983 von den übrigen Diagnosen ab. Im Patientenjahr 1982 hebt sich das Symptom hoffnungslos, welches in allen Ausprägungsgraden vorkommt, ab und im Beobachtungsjahr 1978 sind es die Symptome hoffnungslos und die Insuffizienzgefühle, die ebenfalls in allen Ausprägungsgraden vorkommen. Es findet sich in den drei Jahrgängen die Häufigkeitsspitze nicht bei den selben Symptomen, aber immerhin in der selben Symptomgruppe, das heißt bei verwandten Symptomen.

Charakteristisch sind für die beiden hier betrachteten ICD-Diagnosen auch die hohe Häufigkeit für die Symptome Konzentrations- und Merkfähigkeitsstörungen und das Symptom

Grübeln. Bei allen Patienten mit depressiven Krankheiten, die in die Klinik aufgenommen werden, ist die Suizidalität häufig. Dieses Symptom hebt sich in allen drei Jahrgängen von den übrigen hier verglichenen Diagnosen ab, nur bei den kurzdauernden depressiven Reaktionen finden wir die Suizidalität noch häufiger.

Bei den somatischen Symptomen bietet sich ein ähnliches Bild wie bei den psychopathologischen Symptomen. Wir finden kein charakteristisches Bild, sehen aber verteilt über die einzelnen Symptombereiche höhere Häufigkeiten der Symptome als bei den anderen Diagnosengruppen dieser Arbeit. Dieses gilt bei den drei Beobachtungsjahrgängen besonders für die Bereiche Schlaf- und Vigilanzstörungen, sowie für Appetenzstörungen, und zwar für alle drei Ausprägungsstufen.

Somit ist zu sagen, daß auch die neurotische Depression und die längerdauernde depressive Reaktion bezüglich der Art der psychopathologischen Symptome und der somatischen Beschwerden nicht von den anderen in dieser Arbeit betrachteten ICD-Diagnosen zu unterscheiden ist. Aber die beiden Diagnosen zeigen im Vergleich zu den Diagnosen aus dem Bereich der Anpassungsstörungen eine längere Krankheitsdauer. Abschließend müssen wir noch erwähnen, daß der Vergleich der Patientendaten aus dem Jahrgang 1978 mit dem Patienteng Jahrgang 1982 und 1983 nur mit Einschränkung möglich ist. Die diagnostischen Konventionen haben sich von der ICD-8 zu der ICD-9 geändert und für die Erfassung der Symptome wurde im Jahre 1982 und 1983 die letzte Version des Befunderhebungssystems verwendet (ANDP-System).

5.7 übrige Anpassungsstörungen

Wie vorher schon erwähnt, wurden die "vorübergehenden kurzfristigen psychischen Auffälligkeiten" der ICD-8 in der ICD-9 wesentlich erweitert und zu einer Gruppe von Diagnosen "psychogene Reaktionen" zusammengefaßt. Von dieser Gruppe psychogene Reaktionen haben wir schon die akuten Belastungsreaktionen (ICD Nr.308), die kurzdauernde depressive Reaktion (ICD Nr. 309.0) und die längerdauernde depressive Reaktion (ICD Nr.309.1) in vorhergehenden Kapiteln behandelt. In diesem Abschnitt betrachten wir jetzt noch die restlichen ICD-9 Diagnosen aus der Gruppe der psychogenen Reaktionen, nämlich die übrigen Anpassungsstörungen (ICD Nr. 309.2 - 309.9).

Wir untersuchen, welche gemeinsamen Merkmale hier zu finden sind und ob ein charakteristisches Symptommuster für diese Gruppe "übrige Anpassungsstörungen" vorliegt.

Sowohl im Patientenjahrgang 1982 als auch im Patientenjahrgang 1983 sehen wir bei den Anpassungsstörungen auffällige Besonderheiten der Häufigkeit der Symptome. Die in jeweils einem Jahrgang häufigen Symptome entsprechen sich jedoch nicht, sondern sind inhomogen über die gesamte Breite der AMDP-Symptome verteilt.

Auch anhand der anamnestischen Daten sehen wir zwischen den Patientenjahrgängen 1982 und 1983 einige Unterschiede. Geschlecht, Alter und Aufenthaltsdauer weichen voneinander ab. Es lassen sich keine charakteristischen demographischen Merkmale für diese Diagnosengruppe finden. Lediglich die absolute Patientenzahl ist in beiden Jahrgängen annähernd gleich (12 Patienten im Jahr 1982; 15 Patienten im Jahr 1983). Desweiteren kommen unter den übrigen Anpassungsstörungen wenige somatische Symptome vor, das wurde in den Patientenjahrgängen 1982 und 1983 bestätigt, mit Ausnahme der häufigen Konversionssymptome, die in beiden Jahrgängen oft angetroffen werden.

Wir finden zwar somit bei den übrigen Anpassungsstörungen einige Auffälligkeiten in der Verteilung der psychopathologischen Symptome, aber die Symptommuster in den beiden Jahrgängen decken sich nicht.

Da es sich bei diesen Diagnosen um eine Restkategorie aus der ICD-Diagnosengruppe psychogene Reaktionen handelt, und da die Absolutzahl der hier behandelten Patienten gering ist, ist folglich nicht zu erwarten, daß die ICD-9-Diagnosen "übrige Anpassungsstörungen" über die einzelnen Jahre hinweg in ihren klinischen Merkmalen eine große Stabilität zeigen.

5.8 Hauptdiagnosengruppe I: psychogene Reaktionen

In der Obergruppe der psychogenen Reaktionen fassen wir mehrere Diagnosengruppen, die sich alle durch ihre kurze Dauer auszeichnen, zusammen. Diese Hauptdiagnosengruppe I verfügt somit über ein großes Patientengut und ermöglicht uns den Vergleich mit der zweiten Hauptdiagnosengruppe, die sich aus den Diagnosen Neurosen und längerdauernde depressive Reaktionen zusammensetzt. Wir gingen der Frage nach, ob wir anhand von Obergruppen mit großen Patientenzahlen den Unterschied zwischen den kurzdauernden Reaktionen und den längerdauernden depressiven Reaktionen und Neurosen deutlicher abgrenzen können.

Da wir es hier mit größeren Patientenzahlen zu tun haben, wollen wir nicht nur die Einzelsymptome vergleichen, sondern wir betrachten auch das AMDP-Syndrom (26) (Tab.22)

In der Beschreibung des Patientenjahrganges 1982 wurde für die psychogene Reaktion ebenfalls eine Obergruppe gebildet. 1978 war diese Gruppe, wie erwähnt, von vornherein zu der Gruppe kurzfristige vorübergehende psychische Auffälligkeiten zusammengefaßt (ICD-8). Die Patientenzahl und die Aufenthaltssdauer in der Klinik war in den drei Jahrgängen fast identisch. Das niedrige Durchschnittsalter im Jahr 1978 läßt sich auf die etwas andere Diagnosenstellung zurückführen. Die Befundbesserung (GAS-Wert) die im Jahrgang 1978 noch nicht ermittelt wurde, ist auch in dieser Diagnosengruppe wieder im Jahrgang 1983 deutlich niedriger als 1982. Diese Beobachtung ließ sich über alle Diagnosengruppen verfolgen. Die Tatsache kann also nicht allein von dem veränderten Patientengut abhängen, sondern muß auf die strengere Einteilung im Jahr 1983 zurückzuführen sein und auf die längere Erfahrung im Umgang mit den verwendeten GAS-Werten. Die Beobachtung, daß die Befund-Besserung bei der Hauptgruppe psychogene Reaktionen höher liegt als bei der Hauptgruppe der längerdauernden Reaktionen, läßt sich in beiden Jahrgängen nachvollziehen.

Dies liegt besonders an der stärkeren Befundbesserung bei Entlassung bei den psychogenen Reaktionen. Denn gerade durch die schnellere Gesundung zeichnen sich die psychogenen Reaktionen aus. Desweiteren findet sich bei dieser Hauptgruppe I ein höherer Prozentsatz an ledigen Patienten und ein jüngeres Durchschnittsalter, das sich auch im Patientenjahrgang 1982 im Gegensatz zu der Hauptgruppe der längerdauernden Reaktionen bestätigen läßt. Kein Unterschied läßt sich bei der Geschlechterrelation erkennen. Auffallend aber ist, daß über fast alle Diagnosengruppen verteilt, in den drei Jahrgängen die Männer ein geringeres Durchschnittsalter haben, also früher erkrankten. Bestätigen läßt sich auch im Patientenjahrgang 1982 und 1983, daß die Männer bei den kurzdauernden Reaktionen eine längere Aufenthaltsdauer haben, die Frauen dagegen bei den längerdauernden Reaktionen. Schlüsse aus diesen Beobachtungen zu ziehen wäre jedoch voreilig, diese Tatsachen müssen sich in späteren Untersuchungen als stabil erweisen.

Bei den psychopathologischen Merkmalen sehen wir eine große Übereinstimmung in den drei Jahrgängen. In allen dominieren die Symptome der Störungen der Affektivität. Dies gilt sowohl für die Hauptdiagnosengruppe I als auch für die Hauptdiagnosengruppe II. Die psychogenen Reaktionen zeigen jedoch mit Ausnahme der affektiven Symptome und der Suizidalität geringere Häufigkeiten. In beiden Hauptgruppen nehmen die Schlaf- und Vigilanzstörungen, sowie die Appetenzstörungen den größten Teil bei den somatischen Symptomen ein. Wir kommen zu dem Schluß, daß, wie schon bei den Betrachtungen der Einzeldiagnosen, auch bei den Hauptdiagnosengruppen uns die Unterscheidung der kurzdauernden von den längerdauernden Reaktionen auf der Ebene der Symptome schwer fällt. Beide Hauptdiagnosengruppen werden von der AMDP-Symptomgruppe Störungen der Affektivität bestimmt, jedoch zeigen die längerdauernden Reaktionen und Neurosen bei den meisten der übrigen Symptome höhere Häufigkeiten als die anderen Diagnosengruppen. Das bedeutenste Unterscheidungsmerkmal ist naturgemäß die Dauer der Krankheit.

5.9 Hauptdiagnosengruppe II: längerdauernde depressive Reaktionen und Neurosen

Bei der zweiten Hauptdiagnosengruppe, die sich aus den Neurosen und längerdauernden depressiven Reaktionen zusammensetzt, versuchen wir ebenfalls ein charakteristisches Symptommuster zu finden.

Wir sehen bei den längerdauernden depressiven Reaktionen und Neurosen die größten Häufigkeiten an psychopathologischen und somatischen Symptomen im Vergleich zu den übrigen Diagnosengruppen. Die Symptome unterscheiden sich, wie schon erwähnt, nicht von denen der psychogenen Reaktionen. Die Symptome sind aber überwiegend, mit Ausnahme der Symptomgruppe Störungen der Affektivität, doppelt so häufig anzutreffen wie bei den psychogenen Reaktionen.

Im Rahmen der statistischen Auswertung der ANDP-Daten wurden 8 Syndrome (26) (Tabelle 22) zusammengefaßt. Wir wollen nur die Syndrome erwähnen, die bei unseren Diagnosengruppen auffällige Häufigkeiten erkennen lassen. In allen 7 Diagnosengruppen und in den 2 Hauptdiagnosengruppen zeigte das depressive ANDP-Syndrom einen erhöhten Mittelwert. Den größten Mittelwert sehen wir bei den ICD-Kategorien der hier behandelten Obergruppe (Tab.22), nämlich bei den Neurosen (ICD 300) und längerdauernden depressiven Reaktionen (ICD 309.1). Das vegetative Syndrom zeigt neben dieser Obergruppe auch bei den psychogenen Reaktionen eine hohe Ausprägung.

Ebenfalls erhöht ist das Hostilitäts-Syndrom. Es war für die Anorexia nervosa (Tab.22) charakteristisch und setzt sich aus dem Mißtrauen, dysphorisch, gereizt, der Aggressivität, Mangel an Krankheitsgefühl und Krankheitseinsicht, sowie aus Ablehnung der Behandlung zusammen.

Diese Ergebnisse sind eine Bestätigung unserer Angaben, daß in dieser Hauptdiagnosengruppe die psychopathologischen und somatischen Symptome sehr häufig sind, jedoch sich nicht charakteristisch von anderen abheben, wie es z.B. bei der Anorexia nervosa der Fall ist. Außerdem sehen wir ein Überwiegen

der Symptome aus der Gruppe der "Störungen der Affektivität". Dies macht sich in einer hohen Ausprägung des depressiven AMDP-Syndroms bemerkbar.

Die Symptome aus der Gruppe der somatischen Störungen lassen kein Symptomprofil für die längerdauernden depressiven Reaktionen und Neurosen erkennen.

Die vorangehenden Bemerkungen werden durch die Beschreibungen des Patientenjahrganges 1982 und 1978 bestätigt. Wie im Kapitel Vergleich (4.9) beschrieben, sehen wir eine annähernde Übereinstimmung in den drei Jahrgängen bei der Häufigkeit der psychopathologischen und somatischen Symptome. Unterschiede finden wir bei den Patientenzahlen der einzelnen Diagnosen. 1983 waren 116 Patienten in der Gruppe längerdauernde depressive Reaktionen und Neurosen, 1982 wurden 201 Patienten und 1978 316 Patienten zu dieser Gruppe gezählt. Dieser Unterschied beruht besonders auf der größeren Anzahl der Neurosen, sowohl im Jahr 1982 als auch im Jahr 1978. Diesen Patientenrückgang, der besonders ausgeprägt ist beim Patientenjahrgang 1983 im Vergleich zum Patientenjahrgang 1982, sehen wir auch bei den Persönlichkeitsstörungen, jedoch nicht bei den kurzdauernden Reaktionen und der Anorexia nervosa. Ob sich diese Tendenz fortsetzt, wird sich erst durch weitere Untersuchungen feststellen lassen.

Abschließend stellen wir fest, daß sich durch die Bildung der Hauptdiagnosengruppen und durch die Berücksichtigung der AMDP-Syndrome die charakteristischen Besonderheiten noch deutlicher herausstellen ließen. Durch die größere Patientenzahl bei den Obergruppen ließen sich die Unterschiede bei den anamnestischen Daten zwischen den psychogenen Reaktionen und den längerdauernden depressiven Reaktionen und Neurosen eindeutig darstellen. Wir sehen bei den längerdauernden depressiven Reaktionen und Neurosen ein höheres Durchschnittsalter, eine eindeutig längere Aufenthaltsdauer, einen großen Prozentsatz an verheirateten Patienten und eine deutlich geringere Befund-Besserung (GAS-Wert).

Auch bei den psychopathologischen und somatischen Symptomen haben wir Unterschiede zwischen den beiden Hauptdiagnosengruppen festgestellt. Spezifische Unterschiede im Symptommuster sind nicht zu erkennen, die Häufigkeit der Symptome war jedoch bei den längerdauernden depressiven Reaktionen und Neurosen meistens doppel so hoch.

6. Zusammenfassung

Die Einleitung enthält eine Zusammenfassung wichtiger Ergebnisse über die Neurosen, Persönlichkeitsstörungen und Reaktionen aus der Literatur. Ebenfalls gehen wir hier auf die Definition und die Symptomatik der einzelnen Diagnosen ein. Diese Arbeit berücksichtigt 241 Patienten von den insgesamt 1591 Patienten, die vom 1.1.1983 bis zum 31.12.1983 in der psychiatrischen Klinik der Universität München mit den unten aufgeführten Diagnosen zur Behandlung stationär aufgenommen wurden. Nach der Beschreibung der Ergebnisse für den Patientenjahrgang 1983 vergleichen wir die hier betrachteten Diagnosen mit den entsprechenden Diagnosen der Jahrgänge 1982 und 1978. Das Ziel unserer Arbeit besteht darin, für diese Diagnosengruppen ein typisches Symptommuster, sowie weitere charakteristische klinische und demographische Merkmale zu finden und diese mit den anderen Jahrgängen zu vergleichen.

In der vorliegenden Arbeit wurden die anamnestischen und psychopathologischen Daten aufgenommen, die mit Hilfe des AMDP-Systems routinemäßig in der Klinik erhoben werden. Zusätzlich wird mit einer Scala (Global Assessment Scale) der Schweregrad der Krankheit bei Aufnahme und Entlassung bewertet. Die nach der ICD-9 verschlüsselten Diagnosen werden zu folgenden Gruppen zusammengefaßt und in der Datenauswertung berücksichtigt: Neurosen (ICD 300.0 - 300.9, ohne 300.4), Persönlichkeitsstörungen (ICD 301.0 - 301.9), Anorexia nervosa (ICD 307.1), Belastungsreaktionen (ICD 308.0 - 308.9), kurzdauernde depressive Reaktionen (ICD 309.0), längerdauernde depressive Reaktionen und neurotische Depression (ICD 309.1 und 300.4) und übrige Anpassungsstörungen (ICD 309.2 - 309.9). Zusätzlich bildeten wir wegen der besseren Übersicht und Vergleichbarkeit zwei diagnostische Obergruppen: die Hauptgruppe der psychogenen Reaktionen (ICD 308.0 - 308.9, 309.0, 309.2 - 309.9) und die Hauptgruppe der Neurosen (ICD 309.1 und 300.0 - 300.9).

Wir betrachten nun zuerst die Hauptgruppe der psychogenen Reaktionen und im Anschluß daran die dazugehörigen Untergruppen der ICD-9.

Zu der Gruppe der psychogenen Reaktionen zählten 1983 82 Patienten (5,1 % der Patienten des Jahres 1983), 1982 100 Patienten und 1978 99 Patienten. Das Durchschnittsalter lag 1983 bei 33 Jahren, 1982 bei 32 Jahren und 1978 bei 26 Jahren. Auch bei der Aufenthaltsdauer sehen wir in den Jahrgängen Übereinstimmungen, sie betrug im Jahr 1983 19,1 Tage, im Jahr 1982 18 Tage und im Jahr 1978 16 Tage. Während der stationären Behandlung kommt es zu einer deutlichen Befundbesserung (GAS-Verbesserung von im Mittel 15,2 Punkten bei einem Ausgangswert von im Mittel 45,6 Punkten im Jahr 1983 und im Jahr 1982 eine GAS-Verbesserung von 13,2 Punkten bei einem Ausgangswert von 53 Punkten). Im Jahrgang 1978 erfolgte keine GAS-Scalierung. Die psychopathologische Symptomatik wird in allen drei Jahrgängen von der AMDP-Symptomgruppe Störungen der Affektivität geprägt. Als häufigste Symptome finden wir deprimiert (1983: 89 %, 1982: 87 %, 1978: 56 %), ängstlich (1983: 48 %, 1982: 36 %, 1978: 44 %) und hoffnungslos (jeweils 34 %). Auch die Häufigkeit der Symptome Suizidalität, der Mangel an Krankheitseinsicht und der soziale Rückzug sind gerade für die psychogenen Reaktionen charakteristisch. Die Beobachtung läßt sich in allen drei Jahrgängen bestätigen.

Bei den somatischen Symptomen finden wir in allen Jahrgängen fast identische Häufigkeiten. Die am häufigsten gesehnen Symptome, die sich jedoch nicht von den anderen Diagnosen abheben, gehören zu der AMDP-Symptomgruppe Schlaf- und Vigilanzstörungen, außerdem sind es die Symptome Verminderung des Appetits und der Kopfdruck.

Die gleiche Hauptgruppe wurde im Patientenjahrgang 1982 gebildet. Im Jahrgang 1978 gab es, gemäß der ICD-8 nur die Gruppe der vorübergehenden kurzfristigen psychischen Auf-

fälligkeiten, die wir hier mit unserer Hauptgruppe psychogene Reaktion verglichen haben.

Zusammenfassend können wir sagen, daß für diese Hauptgruppe psychogene Reaktionen die affektiven Symptome und eine kurze Aufenthaltsdauer charakteristisch sind. Wir führen nun die einzelnen ICD-9 Diagnosen der oben betrachteten Hauptgruppe auf.

Die ICD-Diagnosengruppe der akuten Belastungsreaktion umfaßt 15 Patienten (1 % der Patienten des Jahres 1983). Charakteristisch für diese Gruppe ist die kurze Aufenthaltsdauer, die mit 13 Tagen, im Vergleich zu den übrigen Diagnosengruppen, am niedrigsten ist. Auch das Durchschnittsalter ist mit 30 Jahren, nach der Gruppe der Anorexia nervosa, am niedrigsten. Das Geschlechterverhältnis zeigt den höchsten Anteil an Frauen im Vergleich zu den anderen Diagnosen dieser Arbeit (11 Frauen, 4 Männer). Während der stationären Behandlung kommt es zu einer ausgeprägten Befundbesserung im Vergleich mit den übrigen Diagnosen, ähnlich wie bei der Diagnose übrige Anpassungsstörungen (GAS-Verbesserung von im Mittel 17,4 Punkten). An Besonderheiten bei den psychopathologischen Symptomen sind die seltenen Konzentrationsstörungen (7 %), sowie die relativ niedrige Suizidalität (20 %), und die häufige Affektlabilität (40 %) im Vergleich mit den übrigen Diagnosengruppen zu erwähnen. Bei den anderen psychopathologischen Symptomen, wie auch bei den somatischen Symptomen sehen wir keine Auffälligkeiten.

Vergleichszahlen aus den Jahrgängen 1982 und 1978 liegen nicht vor, da in diesen Jahren diese Diagnosengruppe nicht eigenständig bearbeitet wurde.

Zusammenfassend können wir sagen, daß wir in dieser Gruppe kein charakteristisches Symptommuster finden, die kurze Dauer ist aber typisch für akute Belastungsreaktionen. Die nächste Untergruppe ist die ICD-9 Diagnose kurzdauernde depressive Reaktion. Auffallend ist bei den 52 Patienten

(3,3 % des gesamten Patientengutes) des Jahrganges 1983 die kurze Aufenthaltsdauer von 19 Tagen, das geringe Durchschnittsalter mit 31 Jahren und das sehr gute Therapieergebnis (eine GAS-Verbesserung von 16,8 Punkten). Diese Angaben lassen sich auch im Patientenjahrgang 1982 in der Grundtendenz bestätigen (18 Tage, 33 Jahre, 18,6 GAS-Punkte). Das Verhältnis männlich zu weiblich lautete 1983 1 zu 1,1 und 1982 1 zu 0,6. Wir sehen, daß diese Diagnose auch von der AMDP-Symptomgruppe Störungen der Affektivität geprägt ist. Das Symptom hoffnungslos finden wir 1983 in 46 % der Fälle, 1982 in 35 % der Fälle, deprimiert tritt in 96 % bzw. 90 % auf. Auch die restlichen affektiven Symptome sehen wir bei der kurzdauernden depressiven Reaktion oft. Desweiteren hebt sich die häufige Suizidalität (1983: 69 %, 1982: 56 %) von den übrigen Vergleichsdiagnosen ab. Bei den somatischen Symptomen finden wir keine charakteristischen Häufigkeiten. 1978 wurde diese Diagnosengruppe nicht eigens aufgeführt. So können wir abschließend sagen, daß sich die kurzdauernden depressiven Reaktionen von den übrigen Diagnosen durch häufige Suizidalität und typische Häufigkeiten der affektiven Symptome abheben.

Die dritte Untergruppe der psychogenen Reaktionen sind die übrigen Anpassungsstörungen. Bei den 15 Patienten mit übrigen Anpassungsstörungen (1 % der Patienten des Jahres 1983) lag das Durchschnittsalter im Jahrgang 1983 bei 39 Jahren, 1982 dagegen bei 28 Jahren. Die Aufenthaltsdauer betrug 25 Tage im Jahr 1983 zu 19 Tagen im Jahr 1982. Die Therapieverbesserung (GAS-Wert) und die Geschlechterrelation zeigten keine erwähnenswerten charakteristischen Werte.

Im psychopathologischen Befund fanden wir sowohl im Jahr 1983 als auch 1982 kein typisches Symptommuster. Bei den somatischen Symptomen sehen wir in beiden Jahrgängen größere Übereinstimmungen. Wir müssen uns wiederum auf den

Vergleich mit dem Jahrgang 1982 beschränken, da im Jahrgang 1978 diese Diagnosengruppe, wie erwähnt, nicht getrennt vorlag.

Zusammenfassend können wir sagen, daß die Übereinstimmung zwischen den zwei Jahrgängen bei den psychopathologischen Symptomen und den demographischen Daten in dieser Diagnosengruppe sehr gering war.

Als nächstes betrachten wir die zweite Hauptgruppe "Neurosen". Die Patientenzahl dieser Hauptgruppe betrug 1983 116 Patienten (7,3 % der Patienten des Jahres 1983). Im Jahr 1982 waren es 201 Patienten und 1978 316 Personen. Das Durchschnittsalter (ca. 37 Jahre) und die Aufenthaltsdauer (ca. 30 Tage) war in allen drei Jahrgängen höher als bei der Hauptdiagnosengruppe I "psychogene Reaktionen". Das Geschlechterverhältnis war ungefähr ausgeglichen. Die Befundbesserung (GAS-wert) lag 1983 und 1982 deutlich unter der der psychogenen Reaktionen. Die psychopathologischen Symptome werden in allen drei Jahrgängen, wie bei den psychogenen Reaktionen, von der AMDP-Symptomgruppe Störungen der Affektivität geprägt. Jedoch liegen die Häufigkeiten bei den meisten psychopathologischen Symptomen doppelt so hoch. Zu erwähnen sind die häufigen Symptome deprimiert (1983: 91 %, 1982: 84 %, 1978: 77 %), ängstlich (1983: 53 %, 1982: 47 %, 1978: 53 %), das Grübeln (1983: 34 %, 1982: 24 %), die Antriebsarmut (1983: 22 %, 1982: 24 %, 1978: 38 %), die Suizidalität (1983: 53 %, 1982: 28 %, 1978: 30 %) und der soziale Rückzug (1983: 43 %, 1982: 32 %, 1978: 42 %). Bei den körperlichen Symptomen ragen besonders die Symptomgruppe Schlaf- und Vigilanzstörungen, sowie die Gruppe Appetenzstörungen in den drei Jahrgängen im Diagnosenvergleich durch ihre Häufigkeit hervor. Diese Hauptdiagnosengruppe II, die aus den gesamten Neurosen und aus den längerdauernden depressiven Reaktionen besteht, wurde im Jahrgang 1983 und 1982 gebildet. Im Patientenjahrgang 1978 wurden gemäß der ICD-8 ausschließlich die Neurosen zu einer Gruppe zusammengefaßt.

Zusammenfassend ist die Übereinstimmung bezüglich der Art und Häufigkeit der Symptome in den drei Jahrgängen sehr hoch. Von der Hauptdiagnosengruppe I läßt sich die Hauptdiagnosengruppe II nicht durch die Art, sondern durch die Häufigkeit der Symptome und die Dauer des Krankenhausaufenthaltes unterscheiden.

Als nächstes betrachten wir die Untergruppen der Hauptdiagnosengruppe II. Hierzu zählen die 87 Patienten mit der Diagnose längerdauernde depressive Reaktionen und neurotische Depression (5,5 % der Patienten des Jahres 1983). Auch 1982 wurden diese beiden Diagnosen zusammengefaßt, damals waren es 100 Patienten. Im Jahre 1978 wurde gemäß der ICD-8 die längerdauernde depressive Reaktion der neurotischen Depression untergeordnet (193 Pat.). Das Durchschnittsalter lag 1983 mit 42 Jahren und 1982 mit 38 Jahren relativ hoch, 1978 waren es 34 Jahre. Die Aufenthaltsdauer betrug im Jahr 1983 29,7 Tage, 1982 24 Tage und 1978 31 Tage. Die Geschlechterverteilung zeigte 1983 und 1982 einen größeren Frauenanteil, 1978 einen größeren Männeranteil. Die Symptom-Verbesserung ist im Jahre 1983 und 1982 vergleichbar. Bei diesen Diagnosen war im Jahr 1983 außerdem der geringste Prozentsatz an ledigen Patienten im Vergleich zu den übrigen Diagnosen zu finden. Wie bei den kurzdauernden depressiven Reaktionen schon erwähnt, sind auch die längerdauernden depressiven Reaktionen und die neurotische Depression von den affektiven Symptomen geprägt. Besonders häufig sehen wir in den drei Jahrgängen die Symptome deprimiert bei ungefähr 90 % der Fälle und hoffnungslos bei 50 % der Fälle. Auch die anderen psychopathologischen Symptome treten bei diesen Diagnosen in den drei Jahrgängen überdurchschnittlich oft, im Vergleich zu anderen Diagnosen auf. Bei den somatischen Symptomen finden wir ebenfalls in den drei Jahren große Anhäufungen, besonders die AMDP-Symptomgruppe Schlaf- und Vigilanzstörungen treten in den Vordergrund. Somit ist in dieser Gruppe die höhere Häufigkeit der Symptome das charakteristische Merkmal.

Desweiteren gehören zur Hauptdiagnosengruppe II die 29 Patienten (1,8 % aller Patienten des Jahrganges 1983) mit den Diagnosen der übrigen Neurosen (ohne neurotische Depression). Von den demographischen Daten sind das Durchschnittsalter von 40 Jahren und die Geschlechterverteilung von 15 männlichen zu 14 weiblichen Patienten zu erwähnen. Von denen in dieser Arbeit berücksichtigten Patienten zeigten sie die zweit längste Aufenthaltsdauer (32 Tage) und ebenfalls eine vergleichsweise niedrige Befund-besserung (GAS-Verbesserung 9,3 Punkte). Die erwähnten Ergebnisse ließen sich in den Vergleichsjahrgängen 1982 und 1978 bestätigen. Diese Diagnosengruppe wurde außerdem bestimmt von der ANDP-Symptomgruppe Befürchtungen und Zwänge. Wir sahen Mißtrauen in 28 % der Fälle, die Hypochondrie in 48 %, das Zwangsdenken in 31 %, die Zwangshandlungen in 24 %, die Zwangsimpulse in 14 %, sowie die Phobien in 17 % der Fälle. Desweiteren hoben sich noch die Symptome Ängstlichkeit (59 %) und die beobachteten Angstzustände (14 %) von den übrigen Diagnosengruppen dieser Arbeit ab und waren spezifisch für die Diagnosengruppe Neurosen. Es zeigten sich auch charakteristische somatische Symptome. Auffällig häufig vertreten war im Diagnosenvergleich die ANDP-Symptomgruppe kardio-respiratorische Störungen, darunter fallen die Atembeschwerden (10 %), der Herzdruck (14 %), das Herzklopfen (28 %) und der Schwindel (31 %). Auch das Symptom Kopfdruck bei 41 % der Fälle und das vermehrte Schwitzen in 28 % der Fälle zeigte sich in keiner anderen Diagnosengruppe in dieser Häufigkeit. Zusammenfassend sehen wir in der Diagnosengruppe der übrigen Neurosen ein charakteristisches Symptomprofil, welches in allen drei Jahrgängen von den Befürchtungen und Zwängen und den erwähnten somatischen Störungen geprägt wird, sowie typische demographische Merkmale.

Im Anschluß an die Betrachtung der beiden Hauptdiagnosengruppen und ihrer Untergruppen führen wir noch die Diagnosen Persönlichkeitsstörungen und Anorexia nervosa getrennt auf.

In der Diagnosengruppe Persönlichkeitsstörungen sehen wir 30 Patienten (1,9 % der Patienten des Jahrganges 1983). Das Durchschnittsalter liegt bei 36,5 Jahren, die Aufenthaltsdauer bei 28,5 Tagen und es fanden sich mehr Männer als Frauen (20 Männer, 10 Frauen). In dieser Diagnosengruppe fällt es schwer, ein typisches Symptommuster zu finden. Von den übrigen Diagnosengruppen dieser Arbeit heben sich nur die Symptome theatralisch (33 %) und die Aggressivität (23 %) ab. Auch die Suizidalität (40 %), dysphorisch (20 %) und gereizt (30 %) sind häufige Symptome. Wir sehen in den Jahrgängen 1982 und 1978 im Vergleich zum Jahre 1983 einzelne übereinstimmende häufige Symptome, jedoch kein gemeinsames Symptommuster. Auch bei den seltenen somatischen Symptomen gibt es keine spezifischen Häufigkeiten bei der Diagnosengruppe Persönlichkeitsstörungen. Typische Merkmale für die Diagnosengruppe Persönlichkeitsstörungen lassen sich somit nicht angeben.

Die ICD-Diagnose Anorexia nervosa wurde im Jahr 1983 13 mal vergeben (0,8 % der Patienten des Jahres 1983). Ein männlicher Patient wurde fünfmal im Jahr 1983 in stationäre Behandlung aufgenommen. Betrachtet man nicht die stationären Behandlungsperioden, sondern die einzelnen Patienten, so ergibt sich ein Verhältnis von 6 Frauen zu 3 Männern. Wir finden hier das niedrigste Durchschnittsalter beim Vergleich der Diagnosengruppen (23 Jahre), die längste Aufenthaltsdauer (38 Tage) und die geringste Befund-Besserung unter der Behandlung (GAS-Verbesserung von 5,8 Punkten). Bei dem Vergleichsjahrgang 1982 sehen wir ähnliche Tendenzen. 1978 wurde diese Diagnose nicht getrennt betrachtet. Auch die psychopathologischen Symptome heben sich durch ihre Häufigkeit bestimmter Symptome von den übrigen Diagnosengruppen ab. Bei ihnen stehen die Zwangssymptome, der Mangel an Krankheitsgefühl und der Mangel an Krankheitseinsicht im Vordergrund. Auch im Jahrgang 1982 sind die Zwangssymptome deutlich erhöht. Die restlichen AMDP-Symptome, und

dieses fällt besonders bei den Störungen der Affektivität auf, sehen wir in den beiden Jahrgängen in unterdurchschnittlicher Häufigkeit. Bei den somatischen Symptomen sehen wir ein ähnliches Bild. Von krankheitsspezifischen Störungen abgesehen, treten unterdurchschnittliche Werte auf. Häufig sind im Jahrgang 1983 und 1982 erwartungsgemäß Appetitstörungen, sowie die Symptome Erbrechen, Magenbeschwerden, Obstipation und Menstruationsstörungen. All diese Besonderheiten zusammengefaßt machen das charakteristische Bild der Diagnose Anorexia nervosa aus.

Abschließend stellen wir fest, daß mit dem von uns durchgeführten Verfahren für einige Diagnosengruppen typische Symptommuster gefunden werden konnten. Diese ließen sich mit Vergleichsdaten der Jahrgänge 1982 und 1978 bestätigen. So fanden sich bei der Diagnosengruppe "Neurosen" charakteristische Häufigkeiten in der Symptomgruppe Befürchtungen und Zwänge, sowie einige häufige spezifische körperliche Symptome. Bei den "Persönlichkeitsstörungen" fanden wir kein spezifisches Symptommuster, es ließ sich aber die Tendenz erkennen, daß Patienten aus dieser Diagnosengruppe ihre Probleme mehr nach außen und in der zwischenmenschlichen Auseinandersetzung austragen als bei anderen Diagnosengruppen. Die Diagnose "Anorexia nervosa" dagegen zeigte wiederum ein spezifisches Bild, welches geprägt war von Zwängen, dem Mangel an Krankheitseinsicht und der Ablehnung der Behandlung. Auch die körperlichen Symptome waren hier charakteristisch. Bei den "akuten Belastungsreaktionen" fand sich kein typisches Symptommuster, lediglich die im Vergleich zu den anderen Diagnosengruppen seltene Konzentrationsstörung und die relativ seltene Suizidalität sind zu erwähnen. Die häufigen affektiven Störungen und das häufige Auftreten der Suizidalität prägen das Bild der "kurzdauernden depressiven Reaktion". Auch die Diagnosengruppe der "längerdauernden depressiven Reaktion und neurotischen Depression" wird von den affektiven Symp-

tomen geprägt, außerdem finden wir noch neben der Suizidalität, die Konzentrations- und Lernfähigkeitsstörungen und das Symptom Grübeln überdurchschnittlich häufig. Bei der Diagnose "übrige Anpassungsstörungen" sehen wir auffällige überdurchschnittliche und unterdurchschnittliche Symptome, die sich über den gesamten AMDP-Befund verteilen und somit keinem bestimmten Symptommuster zugeteilt werden können. Die somatischen Symptome sind dagegen charakteristischerweise selten.

Bei der Hauptgruppe "psychogene Reaktion" sehen wir wie bei den Einzeldiagnosen ein Überwiegen der AMDP-Symptomgruppe Störungen der Affektivität, ebenfalls charakteristisch ist die häufige Suizidalität und der Mangel an Krankheitseinsicht. Auch die körperlichen Symptome weisen eine spezifische Häufung bei den AMDP-Symptomen Schlaf- und Vigilanzstörungen, sowie Appetenzstörungen auf. Das gleiche spezifische Symptommuster psychopathologischer und somatischer Symptome gilt auch für die Hauptgruppe der Neurosen. Bei dieser Gruppe sind jedoch die psychopathologischen und somatischen Symptome meistens doppelt so häufig. Weiterhin unterscheiden sich die beiden Hauptdiagnosengruppen in den anamnestischen Daten.

Wir können abschließend sagen, daß es sich bewährt hat, in der ICD-9 die depressive Reaktion von der neurotischen Depression zu trennen und die ICD-8 Diagnosengruppe "vorübergehende psychische Störungen" in der ICD-9 in Einzeldiagnosen aufzuteilen. Es konnten nämlich, wie beschrieben, für die einzelnen ICD-9 Diagnosen aus der Gruppe der psychogenen Reaktionen durchaus typische Symptommuster und charakteristische demographische Merkmale gefunden werden, die für eine Aufteilung in Einzeldiagnosen sprechen.

Diese Arbeit soll als Vergleichsgrundlage für spätere ähnliche, deskriptive-statistische Arbeiten dienen, um die ICD-9 Diagnosen über Jahre hinweg bezüglich der Symptomatik und der demographischen Merkmale miteinander vergleichen zu können.

7 Anhang

7.1 Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

Tabellen

- 1 Vergleich der Häufigkeiten der Diagnosengruppen
- 2 Vergleich der Häufigkeiten der aufgeschlüsselten Diagnosengruppen
- 3 Vergleich der Häufigkeiten der Hauptdiagnosengruppen
- 4 Vergleich der Geschlechterrelation der Diagnosengruppen
- 5 Vergleich der Geschlechterrelation der Hauptdiagnosengruppen
- 6 Vergleich des Durchschnittsalters der Diagnosengruppen
- 7 Vergleich des Durchschnittsalters der Hauptdiagnosengruppen
- 8 Vergleich der Aufenthaltsdauer der Diagnosengruppen
- 9 Vergleich der Aufenthaltsdauer der Hauptdiagnosengruppen
- 10 Vergleich der durchschnittlichen psychosozialen Beeinträchtigung
- 11 Vergleich des Familienstandes
- 12 Symptome und deren Ausprägung bei Patienten der Diagnosengruppe Neurosen
- 13 Symptome und deren Ausprägung bei Patienten der Diagnosengruppe Persönlichkeitsstörungen
- 14 Symptome und deren Ausprägung bei Patienten der Diagnosengruppe Anorexia nervosa

Tabellen

- | | |
|----|--|
| 15 | Symptome und deren Ausprägung bei Patienten der
Diagnosengruppe akute Belastungsreaktionen |
| 16 | Symptome und deren Ausprägung bei Patienten der
Diagnosengruppe kurzdauernde depressive Reaktionen |
| 17 | Symptome und deren Ausprägung bei Patienten der
Diagnosengruppe neurotische Depressionen und
längere depressive Reaktionen |
| 18 | Symptome und deren Ausprägung bei Patienten der
Diagnosengruppe Anpassungsstörungen |
| 19 | Symptome und deren Ausprägung bei Patienten der
Hauptdiagnosengruppe psychotische Reaktionen |
| 20 | Symptome und deren Ausprägung bei Patienten der
Hauptdiagnosengruppe Neurosen und längerdauernde
Reaktionen |
| 21 | Vergleichende Symptombetrachtung |
| 22 | Vergleichende Syndrombetrachtung |

Abbildungen

- 1 Altersverteilung getrennt nach Geschlecht der Patienten mit der Diagnosengruppe Neurosen
- 2 Altersverteilung getrennt nach Geschlecht der Patienten mit der Diagnosengruppe Persönlichkeitsstörungen
- 3 Altersverteilung getrennt nach Geschlecht der Patienten mit der Diagnosengruppe Anorexia nervosa
- 4 Altersverteilung getrennt nach Geschlecht der Patienten mit der Diagnosengruppe akute Belastungsreaktionen
- 5 Altersverteilung getrennt nach Geschlecht der Patienten mit der Diagnosengruppe kurzdauernde depressive Reaktionen
- 6 Altersverteilung getrennt nach Geschlecht der Patienten mit der Diagnosengruppe längerdauernde Reaktionen und neurotische Depression
- 7 Altersverteilung getrennt nach Geschlecht der Patienten mit der Diagnosengruppe Anpassungsstörungen
- 8 Altersverteilung getrennt nach Geschlecht der Patienten mit der Hauptdiagnosengruppe kurzdauernde Reaktionen
- 9 Altersverteilung getrennt nach Geschlecht der Patienten mit der Hauptdiagnosengruppe Neurosen und längerdauernde depressive Reaktionen
- 10 Aufenthaltsverteilung der Patienten mit der Diagnosengruppe Neurosen
- 11 Aufenthaltsverteilung der Patienten mit der Diagnosengruppe Persönlichkeitsstörungen

Abbildungen

- 12 Aufenthaltsverteilung der Patienten mit der
Diagnosengruppe Anorexia nervosa
- 13 Aufenthaltsverteilung der Patienten mit der
Diagnosengruppe akute Belastungsreaktionen
- 14 Aufenthaltsverteilung der Patienten mit der
Diagnosengruppe kurzdauernde depressive Reaktionen
- 15 Aufenthaltsverteilung der Patienten mit der
Diagnosengruppe längerdauernde Reaktionen und
neurotische Depressionen
- 16 Aufenthaltsverteilung der Patienten mit der
Diagnosengruppe Anpassungsstörungen
- 17 Aufenthaltsverteilung der Patienten mit der
Hauptdiagnosengruppe kurzdauernde Reaktionen
- 18 Aufenthaltsverteilung der Patienten mit der
Hauptdiagnosengruppe Neurosen und längerdauernde
depressive Reaktionen
- 19 Global Assessment Scale-Verteilung der Diagnosen-
gruppe Neurosen
- 20 Global Assessment Scale-Verteilung der Diagnosen-
gruppe Persönlichkeitsstörungen
- 21 Global Assessment Scale-Verteilung der Diagnosen-
gruppe Anorexia nervosa
- 22 Global Assessment Scale-Verteilung der Diagnosen-
gruppe akute Belastungsreaktionen
- 23 Global Assessment Scale-Verteilung der Diagnosen-
gruppe kurzdauernde depressive Reaktionen
- 24 Global Assessment Scale-Verteilung der Diagnosen-
gruppe längerdauernde Reaktionen und neurotische
Depression

Abbildungen

- 25 Global Assessment Scale-Verteilung der Diagnosen-
 gruppe Anpassungsstörungen
- 26 Global Assessment Scale-Verteilung der Haupt-
 diagnosengruppe kurzdauernde Reaktionen
- 27 Global Assessment Scale-Verteilung der Haupt-
 diagnosengruppe Neurosen und längerdauernde
 depressive Reaktionen
- 28 Krankheitsdauer seit Erstmanifestation der Diagno-
 sengruppe Neurosen
- 29 Krankheitsdauer seit Erstmanifestation der Diagno-
 sengruppe Persönlichkeitsstörungen
- 30 Krankheitsdauer seit Erstmanifestation der Diagno-
 sengruppe Anorexia nervosa
- 31 Krankheitsdauer seit Erstmanifestation der Diagno-
 sengruppe akute Belastungsreaktionen
- 32 Krankheitsdauer seit Erstmanifestation der Diagno-
 sengruppe kurzdauernde depressive Reaktionen
- 33 Krankheitsdauer seit Erstmanifestation der Diagno-
 sengruppe längerdauernde Reaktionen und neurotische
 Depressionen
- 34 Krankheitsdauer seit Erstmanifestation der Diagno-
 sengruppe Anpassungsstörungen
- 35 Krankheitsdauer seit Erstmanifestation der Haupt-
 diagnosengruppe kurzdauernde Reaktionen
- 36 Krankheitsdauer seit Erstmanifestation der Haupt-
 diagnosengruppe Neurosen und längerdauernde de-
 pressive Reaktionen

Abbildungen

- 37 Familienstand der Patienten mit der Diagnosen-
gruppe Neurosen
- 38 Familienstand der Patienten mit der Diagnosen-
gruppe Persönlichkeitsstörungen
- 39 Familienstand der Patienten mit der Diagnosen-
gruppe Anorexia nervosa
- 40 Familienstand der Patienten mit der Diagnosen-
gruppe akute Belastungsreaktionen
- 41 Familienstand der Patienten mit der Diagnosen-
gruppe kurzdauernde depressive Reaktionen
- 42 Familienstand der Patienten mit der Diagnosen-
gruppe längerdauernde Reaktionen und neurotische
Depressionen
- 43 Familienstand der Patienten mit der Diagnosen-
gruppe Anpassungsstörungen
- 44 Familienstand der Patienten mit der Hauptdiag-
nosengruppe kurzdauernde Reaktionen
- 45 Familienstand der Patienten mit der Hauptdiag-
nosengruppe Neurosen und längerdauernde
depressive Reaktionen

7.2 T a b e l l e n

Vergleich der Häufigkeiten

Tabelle 1 Vergleich der Häufigkeiten der untersuchten
Diagnosengruppen; Einteilung unter Berücksichtigung des ICD-Schlüssels

Gruppe	Diagnosengruppe nach ICD	Fallzahl	% der 241 in dieser Arbeit berücksicht. Patienten	% der 1591 Patienten des Jahrg. 1983
1	<u>300.0 - 300.9</u> (ohne 300.4) Neurosen	29	12 %	1,8 %
2	<u>301.0 - 301.9</u> Persönlichkeits- störungen	30	12,4 %	1,9 %
3	<u>307.1</u> Anorexia nervosa	13	5,4 %	0,8 %
4	<u>308.0 - 308.9</u> akute Belastungs- reaktionen	15	6,2 %	1 %
5	<u>309.0</u> kurzdauernde depr. Reaktionen	52	21,6 %	3,3 %
6	<u>300.4 und 309.1</u> neurotische Depres- sionen und länger- dauernde depressive Reaktion	87	36,1 %	5,5 %
7	<u>309.2 - 309.9</u> Anpassungsstörungen	15	6,2 %	1 %
		241	100 %	15 %

Vergleich der Häufigkeiten

Tabelle 2 Vergleich der Häufigkeiten der aufgeschlüsselten
Diagnosengruppen und deren Einteilung unter
Berücksichtigung des ICD-Schlüssels

Gruppe	Diagnosengruppe nach ICD-Mr.	Fallzahl	% der 241 Patienten	% der Diag- nosengr.
1	300.0 Angstneurose	6	2,5 %	21 %
	300.1 hysterische Neurosen	6	2,5 %	21 %
	300.2 Phobie	0	0	0
	300.3 Zwangsneurose	7	2,9 %	24 %
	300.5 Neurasthenie	1	0,4 %	3,4 %
	300.6 neurotisches Deperson- alisationssyndrom	0	0	0
	300.7 hypochondrische Neurose	8	3,3 %	28 %
	300.8 andere Neurosen	1	0,4 %	3,4 %
	300.9 nicht näher bezeichnete Neurosen	0	0	0
2.	301.0 paranoide Persönlichkeit	2	1 %	6,7 %
	301.1 zyklotyme Persönlichk.	1	0,4 %	3,3 %
	301.2 schizoide Persönlichk.	0	0	0
	301.3 erregbare Persönlichkeit	1	0,4 %	3,3 %
	301.4 anankastische Persönl.	0	0	0
	301.5 hysterische Persönlichk.	15	6,2 %	5 %
	301.6 asthenische Persönlichk.	0	0	0
	301.7 Persönlichkeitsstörung m.vorwiegend soziopathi- schen oder asozialem Verhalten	2	1 %	6,7 %
	301.8 depressive Persönlich- keitsstörungen	3	1,2 %	10 %
	301.9 nicht näher bezeichnete Persönlichkeitsstörungen	6	2,5 %	20 %

Vergleich der Häufigkeiten

Tabelle 2 Vergleich der Häufigkeiten der aufgeschlüsselten
Diagnosengruppen und deren Einteilung unter
Berücksichtigung des ICD-Schlüssels

Gruppe	Diagnosengruppe nach ICD-Wr.	Fallzahl	% der 241 Pat.	% d. Diag- nosengr.
3	307.1 Anorexia nervosa	13	5,4 %	100 %
4	308.0 akute Belastungsreakt. mit vorherrschender emotionaler Störung	10	4 %	57 %
	308.1 akute Belastungsreakt. mit vorherrschender Bewußtseinsstörung	0	0	0
	308.2 akute Belastungsreakt. mit vorherrschender psychomot. Störung	3	1,2 %	20 %
	308.3 andere akute Bela- stungsreaktionen	1	0,4 %	6 %
	308.4 Mischformen	0	0	0
	308.9 nicht näher bezeichnete akute Belastungsreakt.	1	0,4 %	6 %
5	309.0 kurzdauernde depressive Reaktion	52	21,6 %	100 %

Vergleich der Häufigkeiten

Tabelle 2 Vergleich der Häufigkeiten der aufgeschlüsselten
Diagnosengruppen und deren Einteilung unter
Berücksichtigung des ICD-Schlüssels

Gruppe	Diagnosengruppe nach ICD-10	Häufigkeit	Anteil an d. Diag- nosengr.	Anteil an d. Diag- nosengr.
6	300.4 neurotische Depres- sion	6	1,3 %	9,2 %
	309.1 längerdauernde depr. Reaktion	22	4,3 %	30,8 %
7	309.2 Anpassungsstörungen m. vorwiegend emotio- naler Symptomatik	13	5,4 %	37 %
	309.3 Anpassungsstörungen vorwiegend im Sozial- verhalten	1	0,4 %	2,8 %
	309.4 Anpassungsstörungen im Sozialverhalten m. emotionaler Sympto- matik	0	0	0
	309.8 andere Anpassungs- störungen	1	0,4 %	2,8 %
	309.9 nicht näher bezeich- nete Anpassungsstö- rungen	0	0	0

Vergleich der Häufigkeiten der Hauptdiagnosengruppen

Tabelle 3 Vergleich der Häufigkeiten der untersuchten Hauptdiagnosengruppen; Einteilung unter Berücksichtigung des ICD-Schlüssels

Gruppe	zusammengefaßte Gruppierungen nach ICD	Fallzahl	% d. 241 Pat. d. Arbeit	% d. 1591 Pat. d. Jahrgangs 1963
I	psychogene Reaktionen ICD-Nr. 309.2 - 309.9 309.0 308.0 - 308.9	82	34 %	5,1 %
II	Neurosen und längere depressive Reaktionen ICD-Nr. 300.0 - 300.9 309.1	116	48 %	7,3 %

Vergleich der Geschlechterrelation

Tabelle 4 Vergleich nach Geschlecht der Patienten unter Berücksichtigung der untersuchten Diagnosen-
gruppen in abnehmendem Verhältnisse m / f

Reihen- folge	d.Diagnosengruppen nach ICD-Kr.	Gesamt- zahl	männl. Fallz.	weibl. Fallz.	Verhältniszahl
1	<u>301.0 - 301.9</u> Persönlichkeits- störungen	30	20	10	1 / 0,5
2	<u>307.1</u> Anorexia nervosa	13	7	6	1 / 0,9
2	<u>300.0 - 300.9</u> (ohne 300.4) Neurosen	29	15	14	1 / 0,9
4	<u>309.0</u> kurzdauernde depr. Reaktionen	52	25	27	1 / 1,1
5	<u>300.4 und 309.1</u> neurotische Depr. u.längerdauernde depr.Reaktion	87	36	51	1 / 1,4
6	<u>309.2 - 309.9</u> Anpassungsstörungen	15	6	9	1 / 1,5
7	<u>308.0 - 308.9</u> akute Belastungs- reaktionen	15	4	11	1 / 2,8
		241	113	128	1 / 1,1

Vergleich der Geschlechterrelation

Tabelle 5 Vergleich nach Geschlecht der Patienten unter Berücksichtigung der untersuchten Hauptdiagnosengruppen nach ICD-Schlüssel

Reihen- folge	d.Diagnosengruppen nach ICD-Nr.	Gesamt- zahl	männl. Fallz.	weibl. Fallz.	Verhältniszahl
I	<u>308.0 - 308.9</u> <u>309.0</u> <u>309.2 - 309.9</u> psychogene Reakt.	82	35	47	1 / 1,3
II	<u>300.0 - 300.9</u> <u>309.1</u> Neurosen u.längere depr.Reaktionen	116	51	65	1 / 1,3
		198	86	112	1 / 1,3

Vergleich des DurchschnittsaltersTabelle 6 Vergleich des Durchschnittsalters der verschiedenen
Diagnosengruppen nach absteigender Tendenz in Jahren

Reihenfolge der Diagnosengruppen nach ICD-Ir.	Mittelwert gesamt	Mittelwert männl.	Mittelwert weibl.
1. <u>300.4 und 309.1</u> neurotische Depr. u. längerdauernde depr. Reaktionen	41,7	39,7	43,7
2. <u>300.0 - 300.9</u> (ohne 300.4) Neurosen	39,7	37,1	42,2
3. <u>309.2 - 309.9</u> Anpassungsstörungen	38,9	38,5	39,3
4. <u>301.0 - 301.9</u> Persönlichkeitsstörgn.	36,5	35,9	37,1
5. <u>309.0</u> kurzdauernde depr. Reaktionen	31,4	28,4	34,4
6. <u>308.0 - 308.9</u> akute Belastungsreakt.	30,4	29,3	31,5
7. <u>307.1</u> Anorexia nervosa	22,7	19,6	25,7

Vergleich des Durchschnittsalters

Tabelle 7 Vergleich des Durchschnittsalters der untersuchten Hauptdiagnosengruppen nach absteigender Tendenz in Jahren

Reihenfolge der Hauptdiagnosengruppen nach ICD-Nr.	Mittelwert gesamt	Mittelwert männl.	Mittelwert weibl.
I <u>308.0 - 308.9</u> <u>309.0</u> <u>309.2 - 309.9</u> psychogene Reakt.	32,5	30,2	34,7
II <u>300.0 - 300.9</u> <u>309.1</u> Neurosen und längere depressive Reaktionen	41,5	38,9	43,4

Vergleich der Aufenthaltsdauer

Tabelle 8 Einteilung der Diagnosengruppen nach Aufenthaltsdauer der Patienten in der Klinik nach absteigender Tendenz

Reihenfolge der Diagnosengruppen nach ICD-Nr.	Wochen	Aufenthaltsdauer		
		Tagen	Tagen männl.	Tagen weibl.
1. <u>307.1</u> Anorexia nervosa	5,4	33	44	31,1
2. <u>300.0 - 300.9</u> (ohne 300.4) Neurosen	4,5	31,7	29,4	34,1
3. <u>300.4 und 309.1</u> neurotische Depres- sionen u. länger dau- ernde depr. Reaktion	4,2	29,7	25	33,1
4. <u>301.0 - 301.9</u> Persönlichkeits- störungen	4	28,5	19,3	40,9
5. <u>309.2 - 309.9</u> Anpassungsstörungen	3,5	24,6	27,5	22,7
6. <u>309.0</u> kurzdauernde depr. Reaktionen	2,7	19,1	23	15,5
7. <u>308.0 - 308.9</u> akute Belastungs- reaktionen	1,9	13,3	14,5	12,9

Vergleich der Aufenthaltsdauer

Tabelle 9 Einteilung der Hauptdiagnosengruppen nach ICD-Schlüssel nach Aufenthaltsdauer der Patienten in der Klinik nach absteigender Tendenz

Reihenfolge der Hauptdiagnosengruppen nach ICD-Nr.	Wochen	Aufenthaltsdauer		
		Tagen	Tagen männl.	Tagen weibl.
I <u>308.0 - 308.9</u> <u>309.0</u> <u>309.2 - 309.9</u> psychogene Reaktionen	2,7	19,1	22,8	16,3
II <u>300.0 - 300.9</u> <u>309.1</u> Neurosen u. längere depr. Reaktionen	4,3	30,2	26,3	33,3

Vergleich der durchschnittlichen psychosozialen
Beeinträchtigung

Tabelle 10 Einteilung der Diagnosegruppen nach der durchschnittlichen psychosozialen Beeinträchtigung (PSB); Bewertung entsprechend der GAS-Reihenfolge nach abnehmender Verbesserung zwischen Aufnahme- und Entlassungsbefund

Diagnosegruppen nach ICD-Nr.	Aufnahme- GAS	Entlassungs- GAS	Verbesserung der GAS
<u>308.0 - 308.9</u> Akute Belastungs- reaktionen	46,4	63,0	17,4
<u>309.2 - 309.9</u> Anpassungsstörungen	41,1	58,5	17,4
<u>309.0</u> Kurzdauernde depressive Reaktionen	43,8	60,6	16,8
<u>300.4 und 309.1</u> Neurotische Depressionen und länger dauernde depressive Reaktion	45,4	57,8	12,4
<u>301.0 - 301.9</u> Persönlichkeitsstörungen	47,9	58,8	10,9
<u>300.0 - 300.9</u> ohne 300.4 Neurosen	44,8	54,1	9,3
<u>307.1</u> Anorexia nervosa	48,2	54,0	5,8
Hauptdiagnose- gruppen nach ICD-Nr.	Aufnahme GAS	Entlassungs- GAS	Verbesserung der GAS
<u>308.0 - 308.9</u> <u>309.0</u> <u>309.2 - 309.9</u> Psychogene Reaktionen	45,6	60,8	15,2
<u>300.0 - 300.9</u> <u>309.1</u> Neurosen und längere depressive Reaktionen	45,3	56,9	11,6

Vergleich des Familienstandes

Tabelle 11 Einteilung der Diagnosengruppen nach dem Familienstand der Patienten in abnehmendem Verhältnis verheiratet zu ledig

Diagnosengruppen nach ICD-Kr.	% verh.	% ledig	Verhältniszahl
<u>309.1 und 300.4</u> neurotische Depr. u. länger dauernde depr. Reaktionen	58,6 %	21,8 %	1 / 0,4
<u>309.2 - 309.9</u> Anpassungsstörungen	46,7 %	40 %	1 / 0,9
<u>308.0 - 308.9</u> akute Belastungs- reaktionen	40 %	46,7 %	1 / 1,2
<u>300.0 - 300.9</u> (ohne 300.4) Neurosen	37,9 %	51,7 %	1 / 1,4
<u>301.0 - 301.9</u> Persönlichkeits- störungen	33,3 %	53,3 %	1 / 1,6
<u>309.0</u> kurzdauernde depr. Reaktionen	28,8 %	55,6 %	1 / 1,9
<u>307.1</u> Anorexia nervosa	7,7 %	92,3 %	1 / 12
Haupt- diagnosengruppen nach ICD-Kr.	% verh.	% ledig	Verhältniszahl
<u>300.0 - 300.9, 309.1</u> Neurosen und längere depressive Reaktionen	53,4 %	29,3 %	1 / 0,5
<u>308.0 - 308.9, 309.0</u> <u>309.2 - 309.9</u> psychogene Reaktionen	34,1 %	51,2 %	1 / 1,5

Symptomatik

Tab. 12 Symptome und deren Ausprägung bei Patienten der Diagnosegruppe Neurosen (ICD-Nr 300.0 - 300.9 ohne 300.4)

S y m p t o m e	Fallzahl		Ausprägung		
	abs.	%	1	2	3
<u>Aufmerksamkeits- u. Gedächtnisstörungen</u>					
Auffassungsstörungen	1	3	1		
Konzentrationsstörungen	6	21	6		
Merkfähigkeitsstörungen	2	7	2		
Gedächtnisstörungen	3	10	3		
<u>Formale Denkstörungen</u>					
verlangsamt	5	17	4	1	
umständlich	4	14	3	1	
eingeengt	11	38	5	6	
perseverierend	2	7	2		
Grübeln	5	17	1	4	
<u>Befürchtungen und Zwänge</u>					
Mißtrauen	8	28	6	2	
Hypochondrie (n.wahnh.)	14	48	4	5	5
Phobien	5	17		5	
Zwangsdenken	9	31	2	4	3
Zwangsimpulse	4	14		3	1
Zwangshandlungen	7	24	1	2	4
<u>Ich-Störungen</u>					
Depersonalisation	2	7	2		

S y m p t o m e	Fallzahl		Ausprägung		
	abs.	%	1	2	3
<u>Störungen der Affektivität</u>					
Gefühl d. Gefühllosigkeit	1	3	1		
affektarm	1	3		1	
Störung der Vitalgefühle	4	14	3	1	
deprimiert	23	79	12	11	
hoffnungslos	6	21	5	1	
ängstlich	17	59	6	10	1
dysphorisch	3	10	3		
gereizt	6	21	4	2	
innerlich unruhig	11	38	6	5	
klagsam/jammerig	9	31	2	7	
Insuffizienzgefühle	12	41	5	7	
Schuldgefühle	4	14	2	2	
Parathymie	1	3	1		
affektlabil	3	10	3		
affektinkontinent	1	3	1		
affektstarr	1	3		1	
<u>Antriebs- u. psychomot. Störungen</u>					
antriebsarm	6	21	6		
antriebsgehemmt	3	10	3		
antriebsgesteigert	3	10	3		
motorisch unruhig	6	21	5	1	
manipuliert/bizarrr	1	3	1		
theatralisch	3	10	2	1	
logorrhöisch	6	21	1	5	
<u>Circadiane Besonderheiten</u>					
morgens schlechter	2	7		2	
abends schlechter	2	7	1	1	

S y m p t o m e	Fallzahl		Ausprägung		
	abs.	%	1	2	3
<u>Circadiane Besonderheiten</u>					
abends besser	1	3		1	
<u>Andere Störungen</u>					
Sozialer Rückzug	11	38	6	5	
soziale Umtriebigkeit	1	3		1	
Aggressivität	2	7	1	1	
Suizidalität	12	41	11	1	
Mangel an Krankh.einsicht	4	14	2	2	
Ablehnung d. Behandlung	2	7	2		
<u>Schlaf- u. Vigilanz-Störungen</u>					
Einschlafstörungen	16	55	5	10	1
Durchschlafstörungen	12	41	3	7	2
Verkürzung d.Schlafdauer	8	28	1	6	1
Früherwachen	6	21	1	4	1
Müdigkeit	3	10	2	1	
<u>Appetenzstörungen</u>					
Appetit vermindert	9	31	4	5	
Sexualität vermindert	10	34		8	2
<u>Gastro-intestinale Störungen</u>					
Übelkeit	1	3		1	
Erbrechen	1	3		1	
Magenbeschwerden	2	7		2	
Obstipation	1	3	1		
Diarrhoe	1	3			1
<u>Kardio-respiratorische Störungen</u>					
Atembeschwerden	3	10	2	1	
Schwindel	9	31	5	4	

S y m p t o m e	Fallzahl		Ausprägung		
	abs.	%	1	2	3
<u>Kardio-respiratorische Störungen</u>					
Herzklopfen	8	28	1	5	2
Herzdruck	4	14	1	1	2
<u>Andere vegetative Störungen</u>					
Schwitzen vermehrt	8	28	4	4	
Miktionsstörungen	1	3	1		
<u>Weitere Störungen</u>					
Kopfdruck	12	41	5	5	2
Rückenbeschwerden	4	14	2	1	1
Schweregefühl i.d.Beinen	2	7	1	1	
Hitzegefühl	2	7		2	
Konversionssymptome	6	21	1	4	1
<u>Neurologische Störungen</u>					
Tremor	1	3		1	
Parästhesien	1	3		1	
<u>Reserve</u>					
psychogene Störungen d. motor.u.Sinnesfunktion	3	10	1	1	1
Beob.Angstzustände	4	14	1	2	1
Quantitative Abw.d.Affekt	1	3	1		
Beob.Depression	3	10	3		
Beob.Ablenkbarkeit/ Konzentrationsstörung	1	3	1		
Anhaltender Aktiv.-Verlust	1	3	1		
Beob.Verlangsamung	1	3	1		
Entfremdungsgefühle	1	3	1		
Agitiertheit	5	17	3	2	
Psychomot.Hemmung	1	3	1		

SymptomatikTab. 13 Symptome und deren Ausprägung bei Patienten der Diagnosegruppe Persönlichkeitsstörungen (ICD-Nr 301)

S y m p t o m e	Fallzahl		Ausprägung		
	abs.	%	1	2	3
<u>Bewußtseinsstörungen</u>					
B.Verminderung	1	3	1		
B.Trübung	1	3		1	
B.Einengung	1	3	1		
<u>Orientierungsstörungen</u>					
zeitlich	1	3	1		
<u>Aufmerksamkeits-u.Gedächtnisstörungen</u>					
Auffassungsstörungen	2	7	2		
Konzentrationsstörungen	7	23	7		
Merkfähigkeitsstörungen	1	3		1	
Gedächtnisstörungen	1	3	1		
<u>Formale Denkstörungen</u>					
verlangsamt	4	3	3	1	
umständlich	5	17	4	1	
eingengt	6	20	2	4	
perseverierend	2	7	2		
Grübeln	5	17	4	1	
Vorbeireden	1	3	1		
<u>Befürchtungen und Zwänge</u>					
Mißtrauen	5	17	4	1	
Hypochondrie (n.wahnh.)	6	20	3	3	

S y m p t o m e	Fallzahl		Ausprägung		
	abs.	%	1	2	3
Zwangsdanken	1	3		1	
Zwangshandlungen	1	3		1	
<u>Sinnestäuschungen</u>					
Stimmenhören	1	3	1		
optische Halluzinationen	1	3	1		
<u>Ich-Störungen</u>					
Derealisation	1	3	1		
Depersonalisation	2	7	1	1	
<u>Störungen der Affektivität</u>					
Gefühl d. Gefühllosigkeit	1	3		1	
affektarm	4	13	2	2	
Störung d. Vitalgefühle	1	3	1		
deprimiert	21	70	14	7	
hoffnungslos	7	23	5	2	
ängstlich	14	47	13	1	
euphorisch	2	7	2		
dysphorisch	6	20	4	2	
gereizt	9	30	7	2	
innerlich unruhig	11	37	9	2	
klagsam/jammerig	8	27	6	2	
Insuffizienzgefühle	15	50	11	3	1
gest.Selbstwertgefühle	2	7	1	1	
Schuldgefühle	5	17	4	1	
ambivalent	1	3	1		
Parathymie	2	7	1	1	
affektlabil	7	23	4	3	
affektstarr	2	7	2		

S y m p t o m e	Fallzahl		Ausprägung		
	abs.	%	1	2	3
<u>Antriebs-u.psychomot.Störungen</u>					
antriebsarm	5	17	5		
antriebsgehemmt	1	3	1		
antriebsgesteigert	5	17	5		
motorisch unruhig	6	20	4	2	
manipuliert/bizar	2	7	2		
theatralisch	10	33	4	6	
logorrhöisch	3	10	2	1	
<u>Circadiane Besonderheiten</u>					
morgens schlechter	3	10	2	1	
abends schlechter	2	7		2	
abends besser	2	7	2		
<u>Andere psychische Störungen</u>					
sozialer Rückzug	9	30	6	3	
soziale Umtriebigkeit	1	3	1		
Aggressivität	7	23	6	1	
Suizidalität	12	40	6	6	
Selbstbeschädigung	3	10	1	2	
Mangel an Krankh.gefühl	2	7	1	1	
Mangel an Krankh.einsicht	3	10	2	1	
Ablehnung d.Behandlung	1	3	1		
pflegebedürftig	1	3		1	
<u>Reserve</u>					
Überwertige Ideen	1	3	1		
Psychogene Störungen d.motor.u.Sinnesfunktion	2	7		1	1
Beobachtete Angstzustände	1	3	1		
Affektiv bed.akust.Halluz.	1	3	1		

S y m p t o m e	Fallzahl		Ausprägung		
	abs.	%	1	2	3
Kommentier./befehl. Stimmen	1	3	1		
Quantitative Abw.d.Affekt	2	7	2		
Beobachtete Depression	2	7	1	1	
Vertraul.Distanzlosigkeit	3	10	3		
Beobachtete Ablenkbarkeit/ Konzentrationsstörung	1	3	1		
Anhaltender Aktiv.-Verlust	2	7	2		
Beob.Verlangsamung	3	10	2	1	
Gehobene Stimmungslage während d.Untersuchung	1	3	1		
Entfremdungsgefühle	1	3	1		
Agitiertheit	2	7	2		
Psychomotor.Hemmung	1	3	1		
<u>Schlaf- und Vigilanz-Störungen</u>					
Einschlafstörungen	15	50	8	5	2
Durchschlafstörungen	14	47	7	6	1
Verkürzung d.Schlafdauer	5	17	4	1	
Früherwachen	2	7	2		
Müdigkeit	5	17	5		
<u>Appetenzstörungen</u>					
Appetit vermindert	9	30	5	3	1
Appetit vermehrt	2	7	1	1	
Durst vermehrt	2	7		1	1
Sexualität vermindert	4	13	2	2	
<u>Gastro-intestinale Störungen</u>					
Erbrechen	2	7		2	
Magenbeschwerden	2	7	1	1	
Obstipation	3	10	2	1	

N = 30

S y m p t o m e	Fallzahl		Ausprägung			
	abs.	%	1	2	3	
<u>Kardio-respiratorische Störungen</u>						
Herzklopfen	3	10	1	2		
Herzdruck	2	7		2		
<u>Andere vegetative Störungen</u>						
Schwitzen vermehrt	3	10	2	1		
Miktionsstörungen	1	3				1
Menstruationsstörungen	2	7		1		1
<u>Weitere Störungen</u>						
Kopfdruck	9	30	4	4		1
Rückenbeschwerden	4	13	1	3		
Schweregefühl i.d.Beinen	1	3		1		
Frösteln	1	3		1		
Konversionssymptome	5	17	1	1		3
<u>Neurologische Störungen</u>						
Tremor	1	3	1			

Symptomatik

Tab. 14 . Symptome und deren Ausprägung bei Patienten der Diagnosticsengruppe Anorexia nervosa (ICD-Nr 307.1)

S y m p t o m e	Fallzahl		Ausprägung		
	abs.	%	1	2	3
<u>Aufmerksamkeits- u. Gedächtnisstörungen</u>					
Konzentrationsstörungen	1	8	1		
Konfabulationen	1	8	1		
<u>Formale Denkstörungen</u>					
verlangsamt	1	8	1		
eingeeengt	5	38	3	2	
perseverierend	1	8	1		
<u>Refürchtungen und Zwänge</u>					
Mißtrauen	3	23	3		
Zwangsdenken	7	54	2	5	
Zwangsimpulse	5	38	2	3	
Zwangshandlungen	6	46	4	2	
<u>Sinnestauschungen</u>					
Stimmenhören	1	8	1		
<u>Ich-Störungen</u>					
Depersonalisation	1	8	1		
Gedankenausbreitung	1	8	1		

S y m p t o m e	Fallzahl		Ausprägung		
	abs.	%	1	2	3
<u>Störungen der Affektivität</u>					
affektarm	1	8	1		
Störung der Vitalgefühle	1	8	1		
deprimiert	8	62	5	3	
hoffnungslos	3	23	3		
angstlich	4	31	4		
gereizt	3	23	2	1	
innerlich unruhig	2	15	1	1	
klagsam/jammerig	1	8	1		
Insuffizienzgefühle	5	38	5		
Schuldgefühle	1	8		1	
affektlabil	1	8	1		
<u>Antriebs- u. psychomot. Störungen</u>					
antriebsarm	3	23	3		
antriebsgesteigert	2	15	2		
motorisch unruhig	2	15	2		
<u>Andere Störungen</u>					
sozialer Rückzug	5	38	1	4	
Aggressivität	2	15	1	1	
Suizidalität	5	38	3	2	
Selbstbeschädigung	1	8	1		
Mangel an Krankh.gefühl	4	31	1	2	1
Mangel an Krankh.einsicht	7	54	1	5	1
Ablehnung d.Behandlung	4	31	1	3	

S y m p t o m e	Fallzahl		Ausprägung		
	abs.	%	1	2	3
<u>Schlaf- u. Vigilanz-Störungen</u>					
Einschlafstörungen	2	15	1	1	
Durchschlafstörungen	1	8	1		
Müdigkeit	1	8	1		
<u>Appetenzstörungen</u>					
Appetit vermindert	9	69	5	2	2
Appetit vermehrt	6	46	4	2	
Durst vermehrt	1	8		1	
Sexualität vermindert	8	62	1	5	2
<u>Gastro-intestinale Störungen</u>					
Übelkeit	1	8		1	
Erbrechen	7	54		2	5
Magenbeschwerden	2	15	1	1	
Obstipation	2	15	1	1	
<u>Andere vegetative Störungen</u>					
Menstruationsstörungen	3	23			3
<u>Weitere Störungen</u>					
Frösteln	2	15	1		1
<u>Reserve</u>					
Überwertige Ideen	2	15	2		
Beob. Depression	3	23	2	1	

Symptomatik

Tab. 15 Symptome und deren Ausprägung bei Patienten der Diagnosegruppe psychogene Reaktionen (ICD-Nr 308.0 - 308.9)

S y m p t o m e	Fallzahl		Ausprägung		
	abs.	%	1	2	3
<u>Bewußtseinsstörungen</u>					
B.-Verschiebung	1	7			1
<u>Aufmerksamkeits- u. Gedächtnisstörungen</u>					
Konzentrationsstörungen	1	7		1	
<u>Formale Denkstörungen</u>					
verlangsamt	1	7	1		
umständlich	2	13	2		
eingeeengt	3	20	2	1	
Grübeln	3	20	2	1	
<u>Befürchtungen und Zwänge</u>					
Mißtrauen	2	13	1	1	
Zwangsdanken	1	7	1		
<u>Störungen der Affektivität</u>					
affektarm	1	7	1		
deprimiert	13	87	11	2	
hoffnungslos	3	20	3		
ängstlich	7	47	4	3	
dysphorisch	1	7	1		
gereizt	4	27	3	1	

S y m p t o m e	Fallzahl		Ausprägung		
	abs.	%	1	2	3
<u>Störungen der Affektivität</u>					
innerlich unruhig	7	47	4	3	
klagsam/jammerig	4	27	3	1	
Insuffizienzgefühle	5	33	4	1	
affektlabil	6	40	6		
<u>Antriebs- u. psychomot. Störungen</u>					
antriebsarm	2	13	2		
antriebsgehemmt	1	7	1		
antriebsgesteigert	1	7	1		
motorisch unruhig	4	27	2	2	
theatralisch	3	20	1	2	
mutistisch	1	7			1
logorrhöisch	2	13	1	1	
<u>Andere Störungen</u>					
sozialer Rückzug	4	27	4		
Aggressivität	1	7	1		
Suizidalität	3	20	2	1	
Selbstbeschädigung	1	7		1	
Mangel an Krankh.einsicht	2	13		2	
Ablehnung d. Behandlung	3	20	1	1	1
<u>Schlaf- u. Vigilanz-Störungen</u>					
Einschlafstörungen	5	33	2	2	1
Durchschlafstörungen	4	27	2	2	
Verkürzung d. Schlafdauer	3	20	1	1	1
Früherwachen	1	7			1
Müdigkeit	1	7	1		

N = 15

S y m p t o m e	Fallzahl		Ausprägung		
	abs.	%	1	2	3
<u>Appetenzstörungen</u>					
Appetit vermindert	5	33	1	4	
<u>Gastrointestinale Störungen</u>					
Mundtrockenheit	1	7	1		
Übelkeit	3	20	1	2	
Erbrechen	2	13	1	1	
Magenbeschwerden	1	7	1		
<u>Kardio-respiratorische Störungen</u>					
Schwindel	2	13	1	1	
Herzklopfen	3	20	1	2	
Herzdruck	1	7		1	
<u>Andere vegetative Störungen</u>					
Schwitzen vermehrt	3	20	1	1	1
Seborrhoe	1	7		1	
Menstruationsstörungen	2	13	2		
<u>Weitere Störungen</u>					
Kopfdruck	3	20	3		
Schweregefühl i.d.Beinen	1	7	1		
Hitzgefühl	1	7	1		
Konversionssymptome	1	7		1	
<u>Neurologische Störungen</u>					
Tremor	1	7			1

S y m p t o m e	Fallzahl		Ausprägung		
	abs.	%	1	2	3
<u>Reserve</u>					
Überwertige Ideen	1	7		1	
Psychogene Störungen d. motor. u. Sinnesfunkt.	1	7	1		
Quantitative Abw. d. Affekt	2	13		2	
Beob. Depression	3	20	3		
Beob. Ablenkbarkeit/ Konzentrationsstörung	2	13	1	1	
Anhaltender Aktiv.-Verlust	1	7		1	
Beob. Verlangsamung	1	7	1		
Qual. Abw. d. Willensfunkt.	1	7	1		
Entfremdungsgefühle	2	13	1	1	
Agitiertheit	2	13	1	1	
Hypokinet. katatone Sympt.	1	7			1

Symptomatik

Tab. 16 Symptome und deren Ausprägung bei Patienten der Diagnosengruppe kurzdauernde depressive Reaktionen (ICD-Nr 309.0)

S y m p t o m e	Fallzahl		Ausprägung		
	abs.	%	1	2	3
<u>Bewußtseinsstörungen</u>					
B.-Verminderung	1	2	1		
B.-Trübung	1	2	1		
B.-Einengung	1	2	1		
B.-Verschiebung	1	2	1		
<u>Orientierungsstörungen</u>					
zeitlich	1	2	1		
örtlich	1	2	1		
<u>Aufmerksamkeits- u. Gedächtnisstörungen</u>					
Auffassungsstörungen	3	6	2	1	
Konzentrationsstörungen	7	13	6	1	
Merkfähigkeitsstörungen	4	8	3	1	
<u>Formale Denkstörungen</u>					
gehemmt	2	4	2		
verlangsamt	4	8	3		1
umständlich	2	4	2		
eingeeengt	11	21	4	7	
Grübeln	7	13	5	2	

S y m p t o m e	Fallzahl		Ausprägung		
	abs.	%	1	2	3
<u>Befürchtungen und Zwänge</u>					
Mißtrauen	7	13	4	3	
Hypochondrie (n.wahnh.)	2	4	1	1	
Zwangsimpulse	1	2	1		
Zwangshandlungen	1	2	1		
<u>Ich-Störungen</u>					
Depersonalisation	1	2	1		
<u>Störungen der Affektivität</u>					
Gefühl d.Gefühllosigkeit	2	4	1	1	
affektarm	3	6	3		
Störung d.Vitalgefühle	2	4	2		
deprimiert	50	96	13	37	
hoffnungslos	24	46	15	8	1
ängstlich	22	42	20	2	
dysphorisch	8	15	8		
gereizt	12	23	11	1	
innerlich unruhig	20	38	16	4	
klagsam/jammerig	14	27	5	9	
Insuffizienzgefühle	16	31	10	6	
gest.Selbstwertgefühle	1	2	1		
Schuldgefühle	4	8	4		
ambivalent	3	6	2	1	
affektlabil	10	19	8	2	
affektstarr	3	6	3		

S y m p t o m e	Fallzahl		Ausprägung		
	abs.	%	1	2	3
<u>Antriebs-u.psychomot.Störungen</u>					
antriebsarm	9	17	8	1	
antriebsgehemmt	2	4	2		
antriebsgesteigert	2	4	2		
motorisch unruhig	11	21	11		
theatralisch	10	19	4	6	
mutistisch	1	2	1		
logorrhöisch	8	15	6	2	
<u>Circadiane Besonderheiten</u>					
abends schlechter	2	4	1	1	
<u>Andere Störungen</u>					
sozialer Rückzug	16	31	15	1	
soziale Umtriebigkeit	1	2	1		
Aggressivität	4	8	4		
Suizidalität	36	69	17	16	3
Selbstbeschädigung	3	6	1	2	
Mangel an Krankh.gefühl	2	4		2	
Mangel an Krankh.einsicht	6	12	3	3	
Ablehnung d.Behandlung	3	6	1	1	1
<u>Reserve</u>					
Beob.Angstzustände	3	6	2	1	
Quantitative Abw.d.Affekt	6	12	1	5	
Beob. Depression	6	12	3	2	1
Vertraul.Distanzlosigkeit	1	2	1		
Beob.Verlangsamung	1	2		1	
Agitiertheit	7	13	5	2	

N = 52

S y m p t o m e	Fallzahl		Ausprägung		
	abs.	%	1	2	3
<u>Schlaf-u.Vigilanz-Störungen</u>					
Einschlafstörungen	19	37	11	6	2
Durchschlafstörungen	18	35	10	6	2
Verkürzung d.Schlafdauer	5	10	2	3	
Früherwachen	4	8	4		
Müdigkeit	7	13	2	3	2
<u>Appetenzstörungen</u>					
Appetit vermindert	14	27	6	4	4
Appetit vermehrt	2	4	1	1	
Sexualität vermindert	3	6		2	1
<u>Gastro-intestinale Störungen</u>					
Übelkeit	2	4	1	1	
Magenbeschwerden	6	12	3	3	
Obstipation	4	8	3	1	
<u>Kardio-respiratorische Störungen</u>					
Atembeschwerden	5	10	2	3	
Schwindel	7	13	2	5	
Herzklopfen	9	17	7	2	
Herzdruck	6	12	3	3	
<u>Andere vegetative Störungen</u>					
Schwitzen vermehrt	4	8	3		1
<u>Weitere Störungen</u>					
Kopfdruck	9	17	6	2	1
Rückenbeschwerden	2	4	2		
Hitzegefühl	2	4	1	1	

N = 52

S y m p t o m e	Fallzahl		Ausprägung		
	abs.	%	1	2	3
<u>Weitere Störungen</u>					
Frösteln	1	2		1	
Konversionssymptome	3	6	1	2	
<u>Neurologische Störungen</u>					
Tremor	3	6		3	

Symptomatik

Tab. 17 Symptome und deren Ausprägung bei Patienten der Diagnosegruppe neurotische Depressionen u. längere depressive Reaktionen (ICD-Nr 300.4 und 309.1)

S y m p t o m e	Fallzahl		Ausprägung		
	abs-	%	1	2	3
<u>Bewußtseinsstörungen</u>					
B.-Trübung	1	1		1	
<u>Orientierungsstörungen</u>					
zeitlich	1	1	1		
<u>Aufmerksamkeits- u. Gedächtnisstörungen</u>					
Auffassungsstörungen	4	5	4		
Konzentrationsstörungen	26	30	24	2	
Merkfähigkeitsstörungen	14	16	13	1	
Gedächtnisstörungen	3	3	3		
Konfabulationen	1	1	1		
<u>Formale Denkstörungen</u>					
verlangsamt	12	14	12		
umständlich	8	9	7	1	
eingengt	20	23	13	7	
perseverierend	2	2	2		
Grübeln	35	40	23	12	
Gedankendrängen	2	2	2		
Vorbeireden	3	3	3		
<u>Befürchtungen und Zwänge</u>					
Mißtrauen	15	17	13	2	

N = 87

S y m p t o m e	Fallzahl		Ausprägung		
	abs.	%	1	2	3
<u>Befürchtungen und Zwänge</u>					
Hypochondrie (n.wahnh.)	13	15	10	3	
Zwangsdenken	5	6	4	1	
Zwangsimpulse	1	1	1		
Zwangshandlungen	1	1	1		
<u>Sinnestäuschungen</u>					
optische Halluzinationen	1	1	1		
<u>Ich-Störungen</u>					
Derealisation	1	1	1		
Depersonalisation	2	2	2		
<u>Störungen der Affektivität</u>					
ratlos	1	1	1		
Gefühl d. Gefühllosigkeit	1	1	1		
Störung der Vitalgefühle	5	6	5		
deprimiert	83	95	36	47	
hoffnungslos	34	39	27	7	
ängstlich	44	51	32	12	
dysphorisch	14	16	13	1	
gereizt	25	29	24	1	
innerlich unruhig	42	48	29	13	
klagsam/jammerig	36	41	16	19	1
Insuffizienzgefühle	42	48	25	17	
gest.Selbstwertgefühle	2	2	2		
Schuldgefühle	14	16	12	2	
ambivalent	1	1	1		
affektlabil	19	22	19		
affektinkontinent	2	2	2		
affektstarr	4	5	4		

S y m p t o m e	Fallzahl		Ausprägung		
	abs.	%	1	2	3
<u>Antriebs-u-psychomot.Störungen</u>					
antriebsarm	20	23	20		
antriebsgehemmt	8	9	6	2	
antriebsgesteigert	5	6	5		
motorisch unruhig	17	20	16	1	
maniriert/bizarr	1	1	1		
theatralisch	21	24	13	8	
logorrhöisch	4	5	3	1	
<u>Circadiane Besonderheiten</u>					
morgens schlechter	6	7	3	3	
abends schlechter	2	2	1	1	
abends besser	4	5	1	3	
<u>Andere Störungen</u>					
sozialer Rückzug	39	45	35	4	
soziale Umtriebigkeit	1	1	1		
Aggressivität	9	10	9		
Suizidalität	49	56	33	14	2
Selbstbeschädigung	5	6	2	3	
Mangel an Krankh.gefühl	4	5	2	2	
Mangel an Krankh.einsicht	13	15	7	6	
Ablehnung d. Behandlung	6	7	1	4	1
<u>Reserve</u>					
Psychogene Störungen d.motor.u.Sinnesfunkt.	1	1	1		
Beob.Angstzustände	2	2	1	1	
Nichtwahnh.Beziehungsideen	1	1	1		
Qualitative Abw.d.Affekt	2	2	2		

N = 87

S y m p t o m e	Fallzahl		Ausprägung		
	abs.	%	1	2	3
<u>Reserve</u>					
Quantitative Abw.d.Affekt	15	17	8	7	
Beob.Depression	19	22	12	7	
Vertraul.Distanzlosigk.	1	1	1		
Beob.Ablenkbarkeit/ Konzentrationsstörung	5	6	3	2	
Anhaltender Aktiv.Verlust	3	3	2	1	
Beob. Verlangsamung	3	3	2	1	
Agitiertheit	14	16	10	4	
Psychomotor.Hemmung	3	3	3		
<u>Schlaf- u.Vigilanz-Störungen</u>					
Einschlafstörungen	53	61	22	29	2
Durchschlafstörungen	51	59	18	32	1
Verkürzung d.Schlafdauer	21	24	7	14	
Früherwachen	9	10	2	7	
Müdigkeit	14	16	8	5	1
<u>Appetenzstörungen</u>					
Appetit vermindert	39	45	16	19	4
Appetit vermehrt	3	3		2	1
Durst vermehrt	1	1	1		
Sexualität vermindert	23	26	7	12	4
<u>Gastro-intestinale Störungen</u>					
Mundtrockenheit	2	2	1	1	
Übelkeit	10	11	7	3	
Erbrechen	8	9	4	3	1
Magenbeschwerden	15	17	7	8	
Obstipation	7	8	2	3	2
Diarrhoe	1	1		1	

S y m p t o m e	Fallzahl		Ausprägung		
	abs.	%	1	2	3
<u>Kardio-respiratorische Störungen</u>					
Atembeschwerden	10	11	7	3	
Schwindel	15	17	7	8	
Herzklopfen	8	9	2	6	
Herzdruck	14	16	5	9	
<u>Andere vegetative Störungen</u>					
Schwitzen vermehrt	20	23	15	5	
Miktionsstörungen	4	5	2	2	
Menstruationsstörungen	4	5	1	3	
<u>Weitere Störungen</u>					
Kopfdruck	22	25	7	13	2
Rückenbeschwerden	10	11	3	5	2
Schweregefühl i.d.Beinen	5	6	1	4	
Hitzegefühl	2	2	1	1	
Frösteln	2	2	1	1	
Konversionssymptome	12	14	6	4	2
<u>Neurologische Störungen</u>					
Rigor	1	1	1		
Tremor	6	7	4	2	
Dyskinesien	1	1			1
Ataxie	4	5	2	2	
Parästhesien	4	5	2		2

Symptomatik

Tab. 18 Symptome und deren Ausprägung bei Patienten der Diagnosenengruppe psychogene Reaktionen (ICD-Nr 309.2 - 309.9)

S y m p t o m e	Fallzahl		Ausprägung		
	abs.	%	1	2	3
<u>Bewußtseinsstörungen</u>					
B.-Einengung	1	7		1	
<u>Aufmerksamkeits- u. Gedächtnisstörungen</u>					
Konzentrationsstörungen	4	27	3	1	
Merkfähigkeitsstörungen	1	7	1		
Gedächtnisstörungen	1	7	1		
<u>Formale Denkstörungen</u>					
verlangsamt	1	7	1		
eingengt	1	7		1	
Grübeln	4	27	3	1	
<u>Befürchtungen und Zwänge</u>					
Mißtrauen	1	7	1		
Hypochondrie (n.wahnh.)	5	33	4	1	
Zwangsdenken	1	7		1	
Zwangsimpulse	1	7		1	
Zwangshandlungen	1	7		1	
<u>Sinnestäuschungen</u>					
Stimmenhören	1	7		1	

S y m p t o m e	Fallzahl		Ausprägung		
	abs.	%	1	2	3
<u>Störungen der Affektivität</u>					
deprimiert	10	67	9	1	
hoffnungslos	1	7	1		
ängstlich	10	67	9	1	
dysphorisch	1	7	1		
gereizt	1	7		1	
innerlich unruhig	6	40	5	1	
klagsam/jammerig	8	53	2	6	
Insuffizienzgefühle	2	13	2		
gest.Selbstwertgefühle	1	7		1	
affektlabil	5	33	5		
<u>Antriebs- u. psychomot. Störungen</u>					
antriebsarm	2	13	2		
antriebsgehemmt	1	7	1		
motorisch unruhig	5	33	5		
theatralisch	7	47	1	6	
logorrhöisch	2	13	2		
<u>Circadiane Besonderheiten</u>					
abends besser	1	7	1		
<u>Andere Störungen</u>					
sozialer Rückzug	2	13	2		
soziale Umtriebigkeit	1	7	1		
Suizidalität	2	13	2		
Mangel an krankh.einsicht	4	27	2	2	
Ablehnung d. Behandlung	1	7		1	

N = 15

S y m p t o m e	Fallzahl		Ausprägung		
	abs.	%	1	2	3
<u>Schlaf- u. Vigilanz-Störungen</u>					
Einschlafstörungen	7	47	1	6	
Durchschlafstörungen	5	33		5	
Verkürzung d. Schlafdauer	3	20	1	2	
Müdigkeit	4	27	1	2	1
<u>Appetenzstörungen</u>					
Appetit vermindert	4	27	3	1	
Sexualität vermindert	1	7	1		
<u>Gastro-intestinale Störungen</u>					
Übelkeit	2	13	1		1
Erbrechen	1	7			1
Magenbeschwerden	2	13	1	1	
<u>Kardio-respiratorische Störungen</u>					
Herzklopfen	2	13	2		
Herzdruck	2	13	1	1	
<u>Andere vegetative Störungen</u>					
Schwitzen vermehrt	2	13	1	1	
<u>Weitere Störungen</u>					
Kopfdruck	4	27	1	3	
Rückenbeschwerden	1	7		1	
Schweregefühl i.d. Beinen	1	7		1	
Konversionssymptome	6	40	2	2	2

S y m p t o m e	Fallzahl		Ausprägung		
	abs.	%	1	2	3
<u>Reserve</u>					
Psychogene Störungen d.motor.u.Sinnesfunkt.	2	13		1	1
Affektiv bed.akust.Halluz.	1	7		1	
Quantitative Abw.d.Affekt	3	20	2	1	
Beob. Depression	1	7	1		
Anhaltender Aktiv.-Verlust	1	7	1		
Beob. Verlangsamung	1	7	1		
Agitiertheit	3	20	1	2	

Symptomatik

Tab. 19

Symptome und deren Ausprägung bei Patienten der Diagnosenengruppe psychogene Reaktionen
(ICD-Nr 308.0 - 308.9, 309, 309.2 - 309.9)

S y m p t o m e	Fallzahl		Ausprägung		
	abs.	%	1	2	3
<u>Bewußtseinsstörungen</u>					
B .-Verminderung	1	1	1		
B .-Trübung	1	1	1		
B .-Einengung	2	2	1	1	
B .-Verschiebung	2	2	1		1
<u>Orientierungsstörungen</u>					
zeitlich	1	1	1		
örtlich	1	1	1		
<u>Aufmerksamkeits- u. Gedächtnisstörungen</u>					
Auffassungsstörungen	3	4	2	1	
Konzentrationsstörungen	12	15	9	3	
Merkfähigkeitsstörungen	5	6	4	1	
Gedächtnisstörungen	1	1	1		
<u>Formale Denkstörungen</u>					
gehemmt	2	2	2		
verlangsamt	6	7	5		1
umständlich	4	5	4		
eingengt	15	18	6	9	
Grübeln	14	17	10	4	

S y m p t o m e	Fallzahl		Ausprägung		
	abs.	%	1	2	3
<u>Befürchtungen und Zwänge</u>					
Mißtrauen	10	12	6	4	
Hypochondrie (n.wahnh.)	7	9	5	2	
Zwangsdenken	2	2	1	1	
Zwangsimpulse	2	2	1	1	
Zwangshandlungen	2	2	1	1	
<u>Sinnestäuschungen</u>					
Stimmenhören	1	1		1	
<u>Ich-Störungen</u>					
Depersonalisation	1	1	1		
<u>Störungen der Affektivität</u>					
Gefühl d. Gefühllosigkeit	2	2	1	1	
affektarm	4	5	4		
Störung d. Vitalgefühle	2	2	2		
deprimiert	73	89	33	40	
hoffnungslos	28	34	19	8	1
ängstlich	39	48	33	6	
dysphorisch	10	12	10		
gereizt	17	21	14	3	
innerlich unruhig	33	40	25	8	
klagsam/jammerig	26	32	10	16	
Insuffizienzgefühle	23	28	16	7	
gest. Selbstwertgefühle	2	2	1	1	
Schuldgefühle	4	5	4		
ambivalent	3	4	2	1	
affektlabil	21	26	19	2	
affektetarr	3	4	3		

S y m p t o m e	Fallzahl		Ausprägung			
	abs.	%	1	2	3	
<u>Antriebs- u. psychomot. Störungen</u>						
antriebsarm	13	16	12	1		
antriebsgehemmt	4	5	4			
antriebsgesteigert	3	4	3			
motorisch unruhig	20	24	18	2		
theatralisch	20	24	6	14		
mutistisch	2	2	1			1
logorrhöisch	12	15	9	3		
<u>Circadiane Besonderheiten</u>						
abends schlechter	2	2	1	1		
abends besser	1	1	1			
<u>Andere Störungen</u>						
sozialer Rückzug	22	27	21	1		
soziale Umtriebigkeit	2	2	2			
Aggressivität	5	6	5			
Suizidalität	41	50	21	17		3
Selbstbeschädigung	4	5	1	3		
Mangel an Krankh.gefühl	2	2		2		
Mangel an Krankh.einsicht	12	15	5	7		
Ablehnung d.Behandlung	7	9	2	3		2
<u>Schlaf- u. Vigilanz-Störungen</u>						
Einschlafstörungen	31	38	14	14		3
Durchschlafstörungen	27	31	12	13		2
Verkürzung d.Schlafdauer	11	13	4	6		1
Früherwachen	5	6	4			1
Müdigkeit	12	15	4	5		3

S y m p t o m e	Fallzahl		Ausprägung		
	abs.	%	1	2	3
<u>Appetenzstörungen</u>					
Appetit vermindert	23	28	10	9	4
Appetit vermehrt	2	2	1	1	
Sexualität vermindert	4	5	1	2	1
<u>Gastro-intestinale Störungen</u>					
Mundtrockenheit	1	1	1		
Übelkeit	7	9	3	3	1
Erbrechen	3	4	1	1	1
Magenbeschwerden	9	11	5	4	
Obstipation	4	5	3	1	
<u>Kardio-respiratorische Störungen</u>					
Atembeschwerden	5	6	2	3	
Schwindel	9	11	3	6	
Herzklopfen	14	17	10	4	
Herzdruck	9	11	4	5	
<u>Andere vegetative Störungen</u>					
Schwitzen vermehrt	9	11	5	2	2
Seborrhoe	1	1		1	
Menstruationsstörungen	2	2	2		
<u>Weitere Störungen</u>					
Kopfdruck	16	20	10	5	1
Rückenbeschwerden	3	4	2	1	
Schweregefühl i.d.Beinen	2	2	1	1	
Hitzegefühl	3	4	2	1	
Frösteln	1	1		1	
Konversionssymptome	10	12	3	5	2

S y m p t o m e	Fallzahl		Ausprägung		
	abs.	%	1	2	3
<u>Neurologische Störungen</u>					
Tremor	4	5		3	1
<u>Reserve</u>					
Überwertige Ideen	1	1		1	
Psychogene Störungen d. motor. u. Sinnesfunkt.	3	4	1	1	1
Beob. Angstzustände	5	4	2	1	
Affektiv bed. akust. Halluz.	1	1		1	
Quantitative Abw. d. Affekt	11	13	3	8	
Beob. Depression	10	12	7	2	1
Vertraul. Distanzlosigkeit	1	1	1		
Beob. Ablenkbarkeit/ Konzentrationsstörung	2	2	1	1	
Anhaltender Aktiv.-Verlust	2	2	1	1	
Beob. Verlangsamung	3	4	2	1	
Qual. Abw. d. Willenfunkt.	1	1	1		
Entfremdungsgefühle	2	2	1	1	
Agitiertheit	12	15	7	5	
Hypokinet. kataton. Sympt.	1	1			1

Symptomatik

Tab. 20 Symptome und deren Ausprägung bei Patienten der
 Diagnosengruppen Neurosen und länger dauernde
 depressive Reaktionen (ICD-Nr 300 und 309.1)

S y m p t o m e	Fallzahl		Ausprägung			
	abs.	%	1	2	3	
<u>Bewußtseinsstörungen</u>						
B.-Trübung	1	1		1		
<u>Orientierungsstörungen</u>						
zeitlich	1	1	1			
<u>Aufmerksamkeits- u. Gedächtnisstörungen</u>						
Auffassungsstörungen	5	4	5			
Konzentrationsstörungen	32	28	30	2		
Merkfähigkeitsstörungen	16	14	15	1		
Gedächtnisstörungen	6	5	6			
Konfabulationen	1	1	1			
<u>Formale Denkstörungen</u>						
verlangsamt	17	15	16	1		
umständlich	12	10	10	2		
eingengt	31	27	18	13		
perseverierend	4	3	4			
Grübeln	40	34	24	16		
Gedankendrängen	2	2	2			
Vorbeireden	3	3	3			

N = 116

S y m p t o m e	Fallzahl		Ausprägung		
	abs.	%	1	2	3
<u>Befürchtungen und Zwänge</u>					
Mißtrauen	23	20	19	4	
Hypochondrie (n.wahnh.)	27	23	14	8	5
Phobien	5	4		5	
Zwangsdenken	14	12	6	5	3
Zwangsimpulse	5	4	1	3	1
Zwangshandlungen	8	7	2	2	4
<u>Sinnestauschungen</u>					
optische Halluzinationen	1	1	1		
<u>Ich-Störungen</u>					
Derealisation	1	1	1		
Depersonalisation	4	3	4		
<u>Störungen der Affektivität</u>					
ratlos	1	1	1		
Gefühl d.Gefühllosigkeit	2	2	2		
affektarm	1	1		1	
Störung d.Vitalgefühle	9	8	8	1	
deprimiert	106	91	48	58	
hoffnungslos	40	34	32	8	
ängstlich	61	53	38	22	1
dysphorisch	17	15	16	1	
gereizt	31	27	28	3	
innerlich unruhig	53	46	35	18	
klagsam/jammerig	45	39	18	26	1
Insuffizienzgefühle	54	47	30	24	
gest.Selbstwertgefühle	2	2	2		
Schuldgefühle	18	16	14	4	

S y m p t o m e	Fallzahl		Ausprägung		
	abs.	%	1	2	3
<u>Störungen der Affektivität</u>					
ambivalent	1	1	1		
Parathymie	1	1	1		
affektlabil	22	19	22		
affektinkontinent	3	3	3		
affektstarr	5	4	4	1	
<u>Antriebs-u.psychomot.Störungen</u>					
antriebsarm	26	22	26		
antriebsgehemmt	11	9	9	2	
antriebsgesteigert	8	7	8		
motorisch unruhig	23	20	21	2	
manipuliert/bizarrr	2	2	2		
theatralisch	24	21	15	9	
logorrhöisch	10	9	4	6	
<u>Circadiane Besonderheiten</u>					
morgens schlechter	8	7	3	5	
abends schlechter	4	3	2	2	
abends besser	5	4	1	4	
<u>Andere Störungen</u>					
sozialer Rückzug	50	43	41	9	
soziale Umtriebigkeit	2	2	1	1	
Aggressivität	11	9	10	1	
Suizidalität	61	53	44	15	2
Selbstbeschädigung	5	4	2	3	
Mangel an Krankh.gefühl	4	3	2	2	
Mangel an Krankh.einsicht	17	15	9	8	
Ablehnung d. Behandlung	8	7	3	4	1

N = 116

S y m p t o m e	Fallzahl		Ausprägung		
	abs.	%	1	2	3
<u>Schlaf-u-Vigilanz-Störungen</u>					
Einschlafstörungen	69	59	27	39	3
Durchschlafstörungen	63	54	21	39	3
Verkürzung d.Schlafdauer	29	25	8	20	1
Früherwachen	15	13	3	11	1
Müdigkeit	17	15	10	6	1
<u>Appetenzstörungen</u>					
Appetit vermindert	48	41	20	24	4
Appetit vermehrt	3	3		2	1
Durst vermehrt	1	1	1		
Sexualität vermindert	33	28	7	20	6
<u>Gastrointestinale Störungen</u>					
Mundtrockenheit	2	2	1	1	
Übelkeit	11	9	7	4	
Erbrechen	9	8	4	4	1
Magenbeschwerden	17	15	7	10	
Obstipation	8	7	3	3	2
Diarrhoe	2	2		1	1
<u>Kardio-respiratorische Störungen</u>					
Atembeschwerden	13	11	9	4	
Schwindel	24	21	12	12	
Herzklopfen	16	14	3	11	2
Herzdruck	18	16	6	10	2

S y m p t o m e	Fallzahl		Ausprägung		
	abs.	%	1	2	3
<u>Andere vegetative Störungen</u>					
Schwitzen vermehrt	28	24	19	9	
Miktionsstörungen	5	4	3	2	
Menstruationsstörungen	4	3	1	3	
<u>Weitere Störungen</u>					
Kopfdruck	34	29	12	18	4
Rückenbeschwerden	14	12	5	6	3
Schweregefühl i.d.Beinen	7	6	2	5	
Hitzgefühl	4	3	1	3	
Frösteln	2	2	1	1	
Konversionssymptome	18	16	7	8	3
<u>Neurologische Störungen</u>					
Rigor	1	1	1		
Tremor	7	6	4	3	
Dyskinesien	1	1			1
Ataxie	4	3	2	2	
Parästhesien	5	4	2	1	2
<u>Reserve</u>					
Psychogene Störungen d.motor.u.Sinnesfunkt.	4	3	2	1	1
Beob.Angstzustände	6	5	2	3	1
Nichtwahnh.Beziehungsdeen	1	1	1		
Qualitative Abw.d.Affekt	2	2	2		
Quantitat.Abw.d.Affekt	16	14	9	7	
Beob.Depression	22	19	15	7	
Vertraul.Distanzlosigk.	1	1	1		
Beob.Ablenkbarkeit Konzentrationsstörung	6	5	4	2	

N = 116

S y m p t o m e	Fallzahl		Ausprägung		
	abs.	%	1	2	3
<u>Reserve</u>					
Anhaltender Aktiv.-Verlust	4	3	3	1	
Beob.Verlangsamung	4	3	3	1	
Entfremdungsgefühle	1	1	1		
Agitiertheit	19	16	13	6	
Psychomotor.Hemmung	4	3	4		

Angaben in % der Fälle der Diagnosengruppe

S y m p t o m	Diagnosengruppe						Haupt- diagnosengruppe	
	7	6	5	4	3	2	1	
	Anpassungs- störungen	längerd.depr. Belastungsreakt. u.neur.Depr.	kurzdauernde depr.Bela- stungsreakt.	akute Bela- stungsreakt.	Anorexia nervosa	Persönlich- keitsstörungen	Neurosen	
								I
								II
								kurzdauernde Reaktion
								längerdauernde Reaktionen und Neurosen
gereizt	7	29	23	27	23	30	21	21
innerlich unruhig	40	48	38	47	15	37	38	40
klagssam/jammerig	53	41	27	27	8	27	31	32
Insuffizienzgefühle	13	48	31	33	38	50	41	28
gest.Selbstwertgefühle	7	2	2	0	0	7	0	2
Schuldgefühle	0	16	8	0	8	17	14	5
ambivalent	0	1	6	0	0	3	0	4
Parathymie	0	0	0	0	0	7	3	0
affektlabil	33	22	19	40	8	23	10	26
affektinkontinent	0	2	0	0	0	0	3	0
affektstarr	0	5	6	0	0	7	3	4

Angaben in % der Fälle der Diagnosegruppe

S y m p t o m e	Diagnosengruppe							Haupt-diagnosengruppe	
	7	6	5	4	3	2	1	II	I
	Anpassungsstörungen	längerdauernde depr.Reakt. u.neur.Depr.	kurzdauernde depr.Belastungsreakt.	akute Belastungsreakt.	Anorexia nervosa	Persönlichkeitsstörungen	Neurosen	längerdauernde Reaktionen u.Neurosen	kurzdauernde Reaktion
<u>Circa-diane_Besonderheiten</u>									
morgens schlechter	0	7	0	0	0	10	7	7	0
abends schlechter	0	2	4	0	0	7	7	3	2
abends besser	7	5	0	0	0	7	3	4	1
<u>Andere_Störungen</u>									
sozialer Rückzug	13	45	31	27	38	30	38	43	27
soziale Umtriebigkeit	7	1	2	0	0	3	3	2	2
Aggressivität	0	10	8	7	15	23	7	9	6
Suizidalität	13	56	69	20	38	40	41	53	50
Selbstbeschädigung	0	6	6	7	8	10	0	4	5
Mangel an Kr.Gefühl	0	5	4	0	31	7	0	3	2
Mangel an Kr.Einsicht	27	15	12	13	54	10	14	15	15

Angaben in % der Fälle der Diagnosengruppe

S y m p t o m e	Diagnosengruppe							Haupt- diagnosengruppe	
	7	6	5	4	3	2	1	II	I
	Anpassungs- störungen	längerdauernde depr.Reakt. u.neur.Depr.	kurzdauernde depr.Bela- stungsreakt.	akute Bela- stungsreakt.	Anorexia nervosa	Persönlich- keitsstörungen	Neurosen	längerdauernde Reaktionen u.Neurosen	kurzdauernde Reakt.
Ablehnung d.Behandlg. Pflegebedürftigkeit	7 0	7 0	6 0	20 0	31 0	3 3	7 0	7 0	9 0
<u>R e s e r v e</u> überwertige Ideen	0	0	0	7	15	3	0	0	1
psychogene Störungen d. motor.u.Sinnesfunktion	13	1	0	7	0	7	10	3	4
beob.Angstzustände	0	2	6	0	0	3	14	5	4
nicht wahnh.Beziehgs.- Ideen	0	1	0	0	0	0	0	1	0
affektiv bed.akust. Halluzinationen	7	0	0	0	0	3	0	0	1
kommentier./befehl. Stimmen	0	0	0	0	0	3	0	0	0
qualitative Abwehr d. Affekt	0	2	0	0	0	0	0	2	0

Angaben in % der Fälle der Diagnosengruppe

S y m p t o m e	Diagnosengruppe							Haupt diagnosengruppe	
	7	6	5	4	3	2	1	II	I
	Anpassungs- störungen	längerdauernde depr.Reakt. u.neur.Depr.	kurzdauernde depr.Bela- stungsreakt.	akute Bela- stungsreakt.	Anorexia nervosa	Persönlich- keitsstörungen	Neurosen	längerdauernde Reaktionen u.Neurosen	kurzdauernde Reaktion
quantitative Abwehr d. Affekt	20	17	12	13	0	7	3	14	13
beobachtete Depr.	7	22	12	20	23	7	10	19	12
vertraul.Distanzlosigk.	0	1	2	0	0	10	0	1	1
beobacht.Ablenkbarkeit/ Konzentrationsstörung	0	6	0	13	0	3	3	5	2
anhalt.Aktivitätsverlust	7	3	0	7	0	7	3	3	2
beob.Verlangsamung	7	3	2	7	0	10	3	3	4
qual.Abwehr d.Willens- funktion	0	0	0	7	0	0	0	0	1
gehobene Stimmungslage währ.d.Untersuchung	0	0	0	0	0	3	0	0	0
Entfremdungsgefühle	0	0	0	13	0	3	3	1	2
Agitiertheit	20	16	13	13	0	7	17	16	15

Angaben in % der Fälle der Diagnosengruppe

S y m p t o m	Diagnosengruppe							Haupt- diagnosengruppe	
	7	6	5	4	3	2	1	II	I
								längerdauernde Reaktionen u. Neurosen	kurzdauernde Reaktion
psychomot. Hemmung hyperkinet. katatone Symptome	0	3	0	0	0	3	3	3	0
Schlaf- und Vigilanz- Störungen	0	0	0	7	0	0	0	0	1
Einschlafstörungen	47	61	37	33	15	50	55	59	38
Durchschlafstörungen	33	59	35	27	8	47	41	54	31
Verkürzg. d. Schlafdauer	20	24	10	20	0	17	28	25	13
Früherwachen	0	10	8	7	0	7	21	13	6
Müdigkeit	27	16	13	7	8	17	10	15	15
Appetenzstörungen									
Appetit vermindert	27	45	27	33	69	30	31	41	28
Appetit vermehrt	0	3	4	0	46	7	0	3	2

Angaben in % der Fälle der Diagnosengruppe

S y m p t o m e	Diagnosengruppe							Haupt-diagnosengruppe	
	7	6	5	4	3	2	1	II	I
	Anpassungsstörungen	längerdauernde depr.-Reakt. u. neur. Depr.	kurzdauernde depr. Belastungsreakt.	akute Belastungsreakt.	Anorexia nervosa	Persönlichkeitsstörungen	Neurosen	längerdauernde Reaktionen u. Neurosen	kurzdauernde Reaktion
Durst vermehrt	0	1	0	0	8	7	0	1	0
Sexualität vermindert	7	26	6	0	62	13	34	28	5
Gastro-intestinale Störungen									
Mundtrockenheit	0	2	0	7	0	0	0	2	1
Übelkeit	13	11	4	20	8	0	3	9	9
Erbrechen	7	9	0	13	54	7	3	8	4
Magenbeschwerden	13	17	12	7	15	7	7	15	11
Obstipation	0	8	8	0	15	10	3	7	5
Diarrhoe	0	1	0	0	0	0	3	2	0

Angaben in % der Fälle der Diagnosengruppe

	Diagnosengruppe							Haupt- diagnosengruppe	
	7	6	5	4	3	2	1	II	I
S y m p t o m									
Kardio-respiratorische Störungen	0	11	10	0	0	0	10	11	6
Atembeschwerden	0	17	13	13	0	0	31	21	11
Schwindel	13	9	17	20	0	10	28	14	17
Herzklopfen	13	16	12	7	0	7	14	16	11
Herzdruck									
Andere vegetative Störungen	13	23	8	20	0	10	28	24	11
Schwitzen vermehrt	0	0	0	7	0	0	0	0	1
Seborrhoe	0	5	0	0	0	3	3	4	0
Miktionsstörungen	0	5	0	13	23	7	0	3	2
Menstruationsstörungen	0	5	0	13	23	7	0	3	2

Angaben in % der Fälle der Diagnosengruppe

S y m p t o m	Diagnosengruppe							Haupt- diagnosengruppe	
	7	6	5	4	3	2	1	II	I
	Anpassungs- störungen	längerdauernde depr. Reakt. u. neur. Depr.	kurzdauernde depr. Bela- stungsreakt.	akute Bela- stungsreakt.	Anorexia nervosa	Persönlich- keitsstörungen	Neurosen	längerdauernde Reaktionen u. Neurosen	kurzdauernde Reaktion
weitere Störungen	27	25	17	20	0	30	41	29	20
Kopfdruck	7	11	4	0	0	13	14	12	4
Rückenbeschwerden	7	6	0	7	0	3	7	6	2
Schweregef. i. d. Beinen	0	2	4	7	0	0	7	3	4
Hitzegefühl	0	2	2	0	15	3	0	2	1
Frösteln	40	14	6	7	0	17	21	16	12
Konversionssymptome									
neurologische Störn.									
Rigor	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Tremor	0	7	6	7	0	3	3	6	5

Tab. 22 Mittelwerte der AMDP-Syndrome für die ICD-9 Diagnosegruppen

Aufnahme- und Entlassungswerte der AMDP-Syndrome		Diagnosengruppe							Haupt- diagnosengruppe	
		7	6	5	4	3	2	1	II	I
		Anpassungs- störungen	längerdauernde depr.Reakt. u.neur.Depr.	kurzdauernde depr.Bela- stungsreakt.	akute Bela- stungsreakt.	Anorexia nervosa	Persönlich- keitsstörungen	Neurosen	längerdauernde Reaktionen u.Neurosen	kurzdauernde Reaktion
Paranoid-hallo- zinatorisches Syndrom	A	0,13	0,02	0,01	0,00	0,15	0,13	0,06	0,03	0,03
	E	0,00	0,00	0,01	0,00	0,07	0,00	0,03	0,00	0,01
Depressives Syndrom	A	2,66	5,97	4,40	3,53	2,92	4,03	5,27	5,80	3,92
	E	0,66	1,63	1,11	0,53	2,23	1,33	2,27	1,79	0,92
Psychoorgani- sches Syndrom	A	0,13	0,29	0,23	0,00	0,07	0,33	0,20	0,27	0,17
	E	0,13	0,17	0,01	0,00	0,07	0,20	0,20	0,18	0,03

Aufnahme- und Entlassungswerte der AMDP-Syndrome	Diagnosengruppe							Haupt- diagnosengruppe	
	7	6	5	4	3	2	1	II	I
	Anpassungs- störungen	längerdauernde depr.Reakt. u.neur.Depr.	kurzdauernde depr.Bela- stungsreakt.	akute Bela- stungsreakt.	Anorexia nervosa	Persönlich- keitsstörungen	Neurosen	längerdauernde Reaktionen u.Neurosen	kurzdauernde Reaktion
Manisches Syndrom	A	0,66	0,35	0,48	0,66	0,30	0,76	0,79	0,54
	E	0,26	0,14	0,21	0,26	0,07	0,26	0,37	0,23
Hostilitäts Syndrom	A	0,80	1,19	1,03	1,33	3,00	1,36	1,10	1,04
	E	0,60	0,64	0,46	0,80	2,23	0,96	0,79	0,54
Vegetatives Syndrom	A	1,66	1,94	1,30	1,66	0,15	1,23	3,82	1,43
	E	0,73	0,83	0,32	0,60	0,07	0,46	2,17	0,45

7.3 A b b i l d u n g e n

Abb. 1

Altersverteilung getrennt nach Geschlecht der Patienten
mit der Diagnosengruppe 300.8-300.9 (ohne 300.4): (N=28)

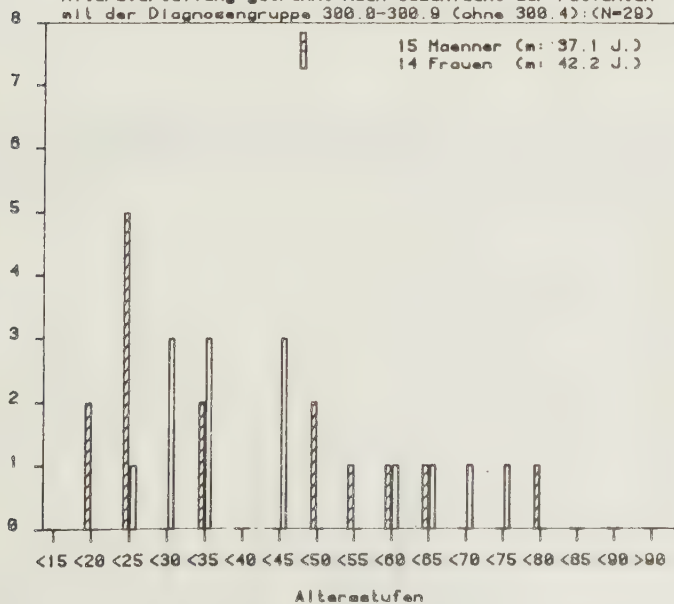


Abb.2

Alterverteilung getrennt nach Geschlecht der Patienten
mit der Diagnosengruppe 381.8-381.9 (N=38)

Häufigkeit

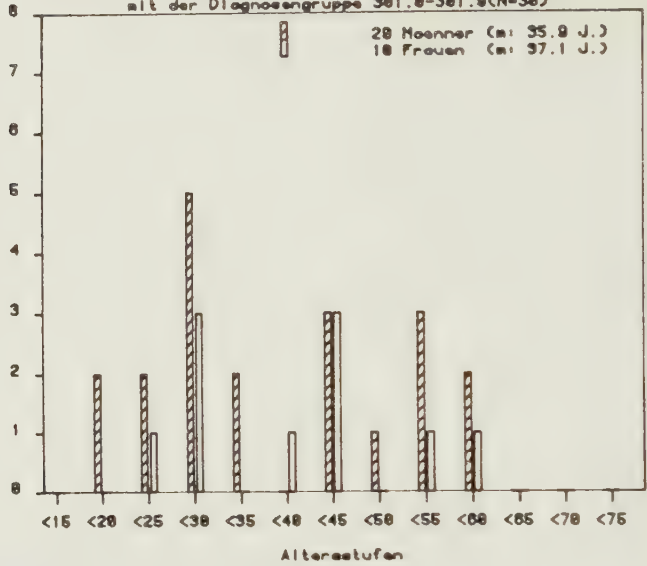


Abb.3

Alterverteilung getrennt nach Geschlecht der Patienten
mit der Diagnosengruppe 387.1 (N=13)

Häufigkeit

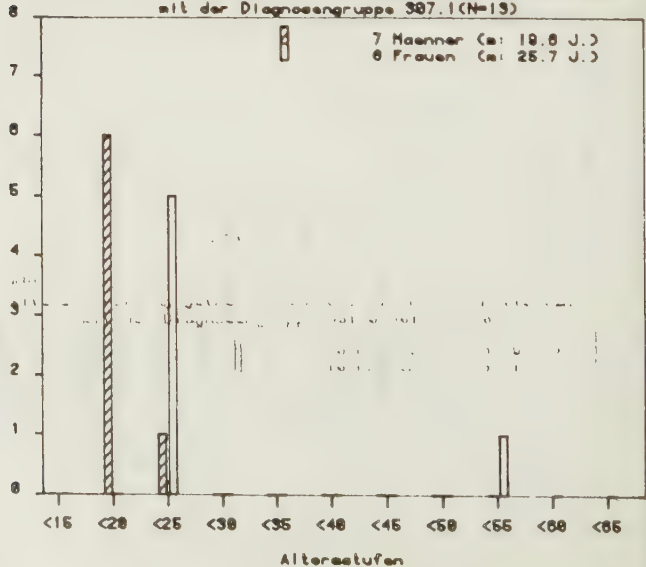


Abb.4

Altersverteilung getrennt nach Geschlecht der Patienten
mit der Diagnosengruppe 388.8-388.9(N=15)

Personenanzahl

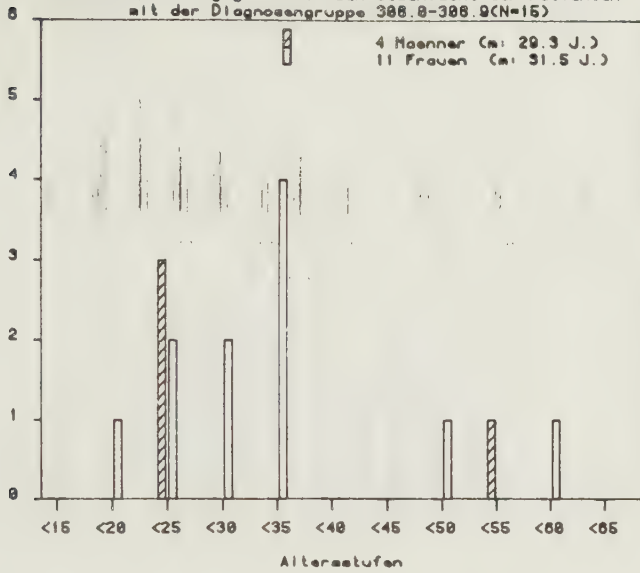


Abb.5

Altersverteilung getrennt nach Geschlecht der Patienten
mit der Diagnosengruppe 389.8(N=52)

Personenanzahl

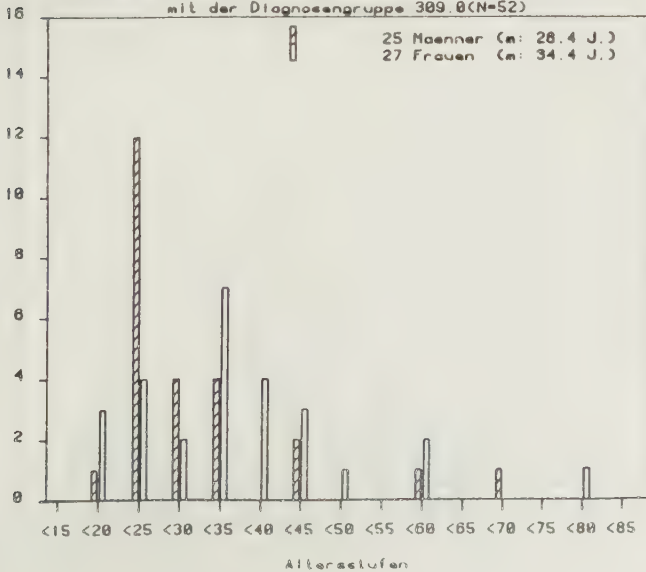


Abb.6

Alterverteilung getrennt nach Geschlecht der Patienten
mit der Diagnosengruppe 389.4 und 389.1 (N=87)

Postmenstruell

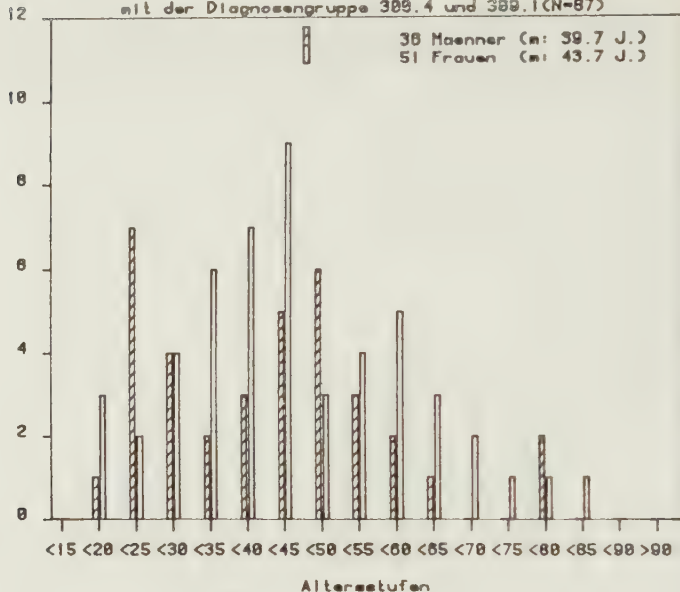


Abb.7

Alterverteilung getrennt nach Geschlecht der Patienten
mit der Diagnosengruppe 389.2-389.9 (N=15)

Postmenstruell

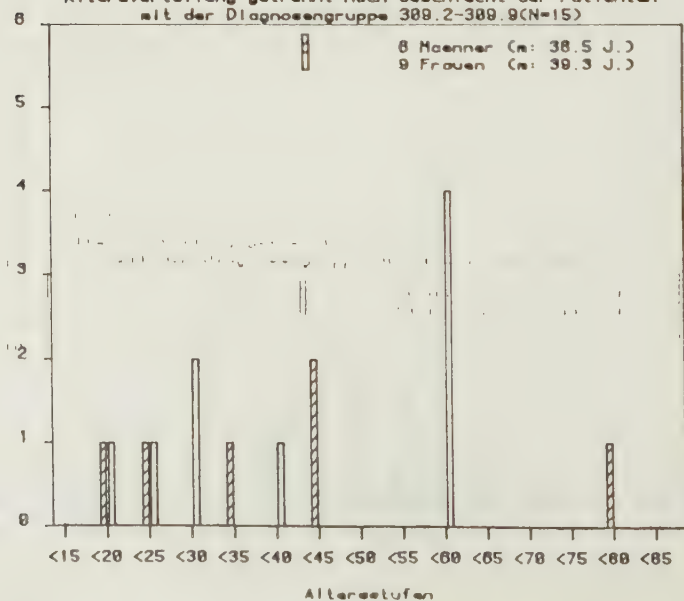


Abb. 8

Alterverteilung getrennt nach Geschlecht der Patienten
mit der Diagnosengruppe 308.0-308.9; 309.0; 309.2-309.9 (N=82)

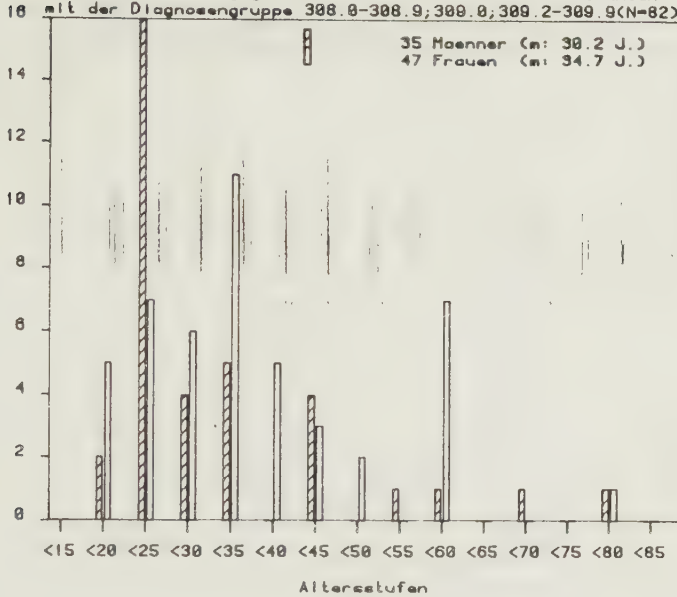


Abb. 9

Alterverteilung getrennt nach Geschlecht der Patienten
mit der Diagnosengruppe 300.0-300.9 und 309.1 (N=116)

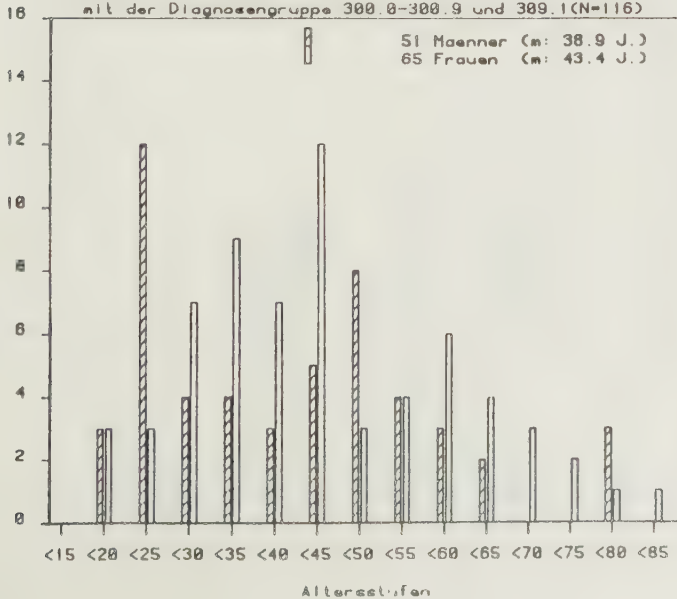


Abb. 10

Aufenthaltsverteilung der Patienten mit der Diagnosengruppe
300.8-300.9 (ohne 300.4): Neurosen (N=29)

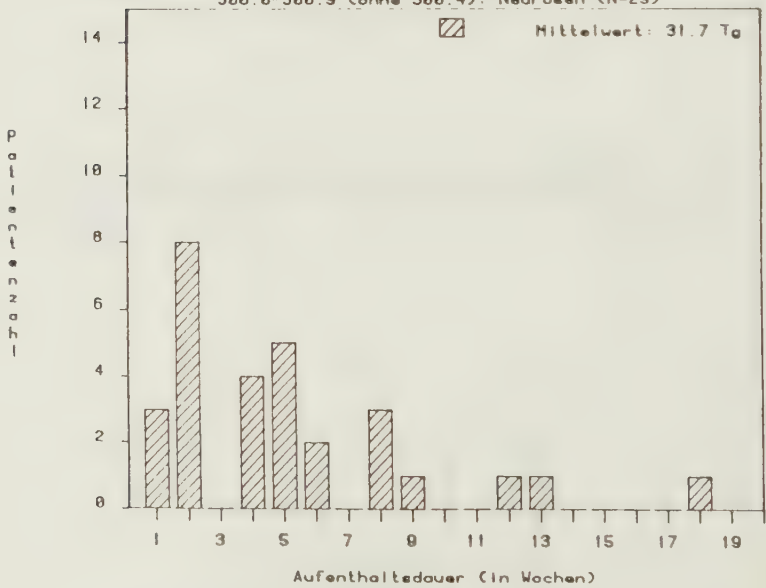


Abb.11

Aufenthaltsverteilung der Patienten mit der Diagnosegruppe
301.0-301.9 : Persönlichkeitsstörungen (N=30)

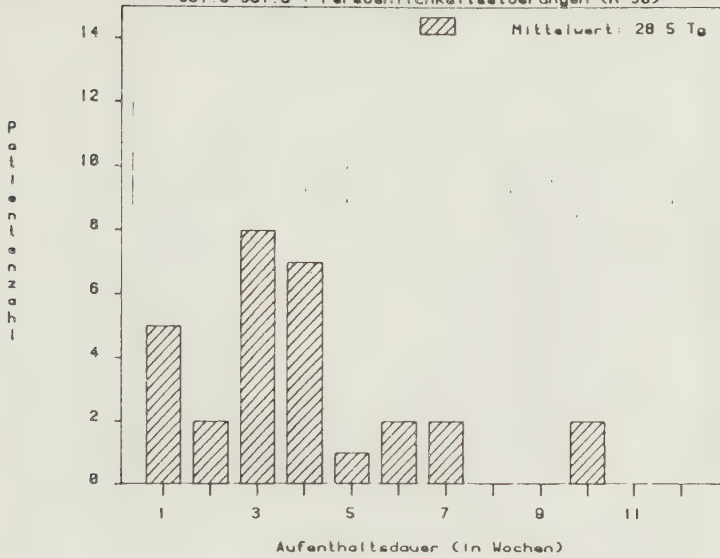


Abb.12

Aufenthaltsverteilung der Patienten mit der Diagnosegruppe
307.1 : Anorexia nervosa (N=13)

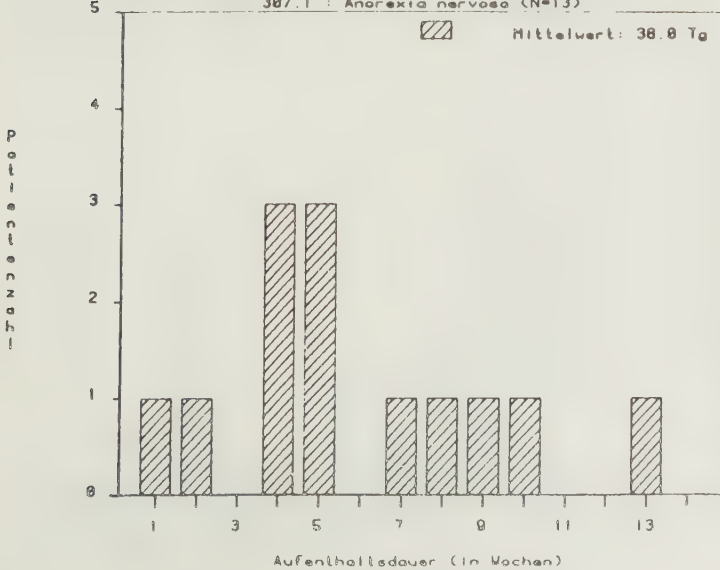


Abb.13

Aufenthaltsverteilung der Patienten mit der Diagnosegruppe
308.0-308.9 : Akute Belastungsreaktionen (N=15)

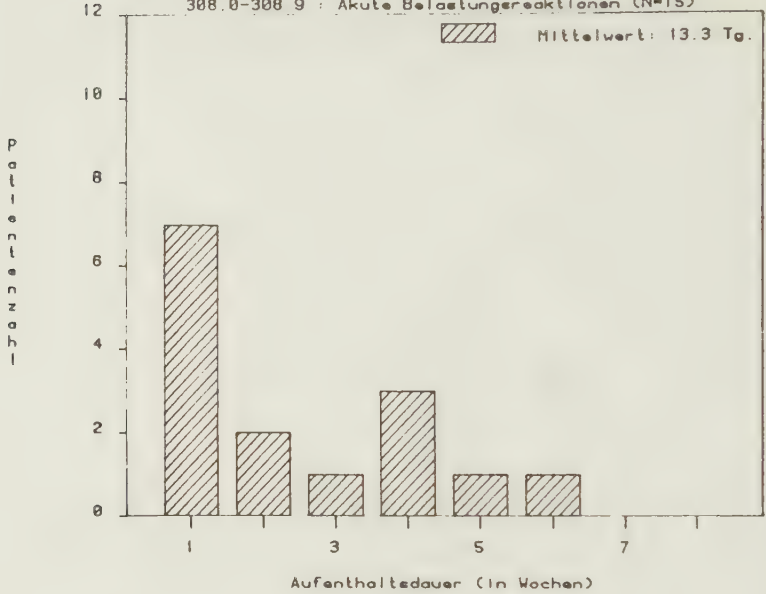


Abb.14

Aufenthaltsverteilung der Patienten mit der Diagnosegruppe
309.0 : Kurzdauernde depressive Belastungsreaktionen (N=52)

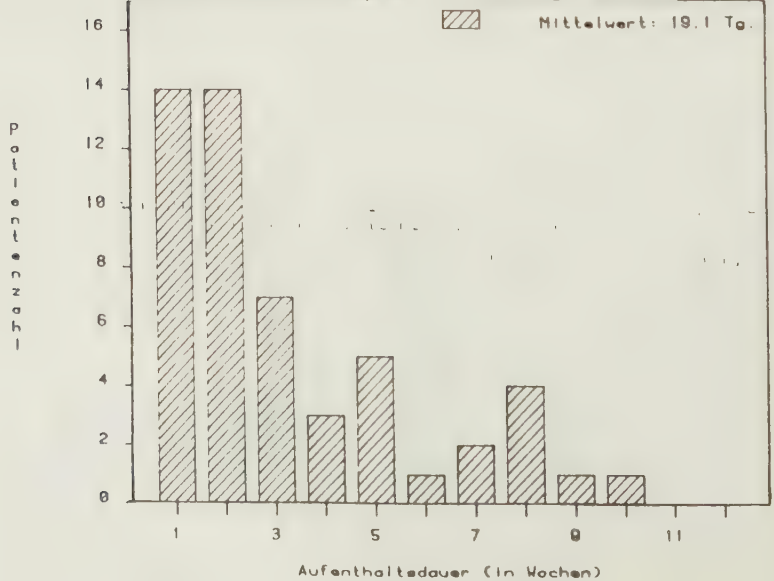


Abb.15

241

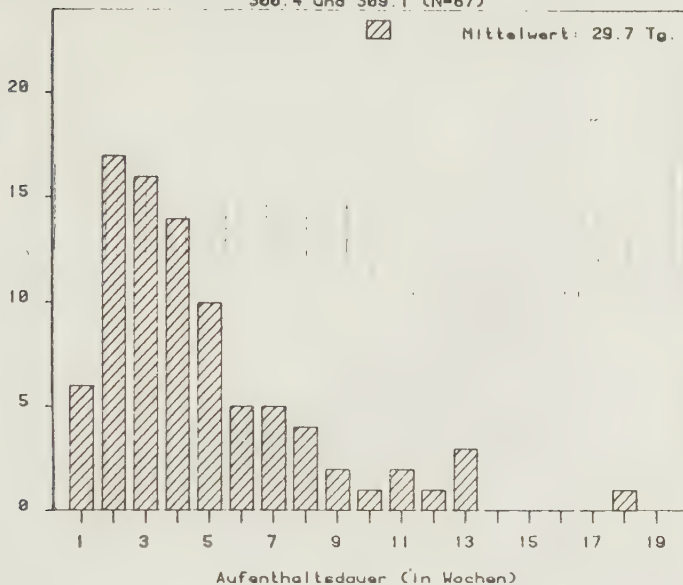
Aufenthaltsverteilung der Patienten mit der Diagnosegruppe
388.4 und 389.1 (N=87)P
a
a
r
t
i
k
u
l
a
r
h
ä
n
d
l
u
n
g
e
n

Abb.16

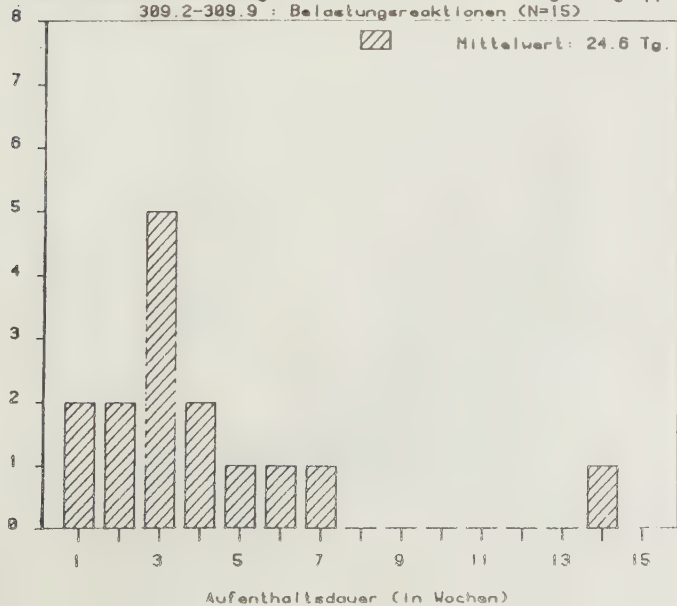
Aufenthaltsverteilung der Patienten mit der Diagnosegruppe
389.2-389.9 : Belastungsreaktionen (N=15)P
a
a
r
t
i
k
u
l
a
r
h
ä
n
d
l
u
n
g
e
n

Abb.17

Aufenthaltsverteilung der Patienten mit der Diagnosegruppe
308.0-308.9, 309.0, 309.2-309.9: Belastungsreaktionen (N=82)

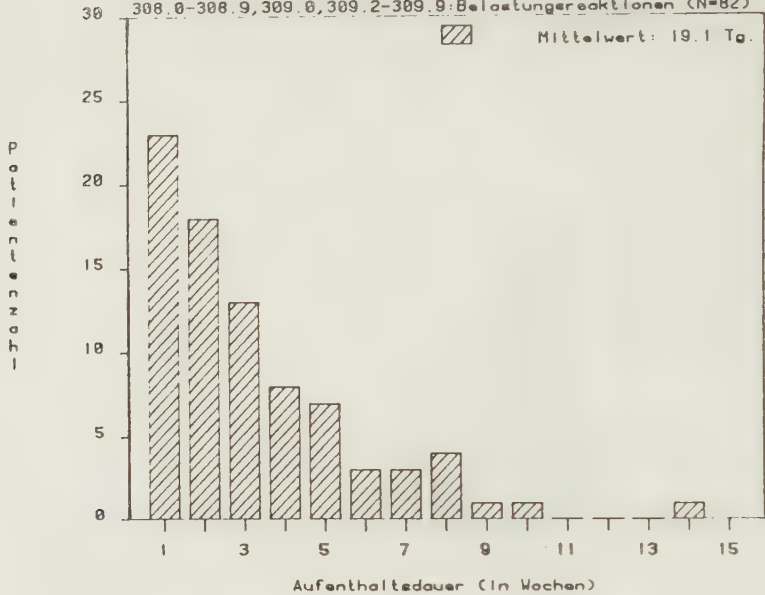


Abb.18

Aufenthaltsverteilung der Patienten mit der Diagnosegruppe
308.0-308.9, 309.1: Neurosen und depressive Reaktion (N=116)

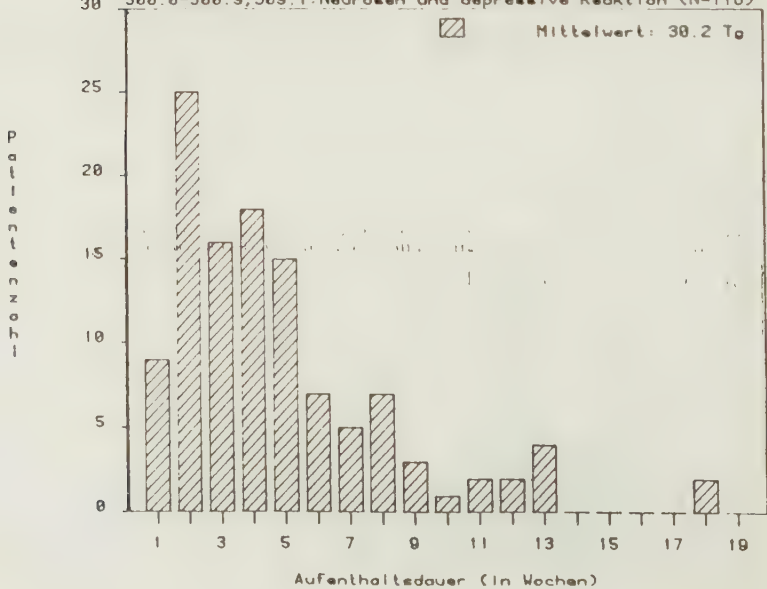


Abb. 19

Global Assessment Scale - Verteilung der Diagnosengruppe
300.0-300.9 (ohne 300.4): Neurosen (N=29)

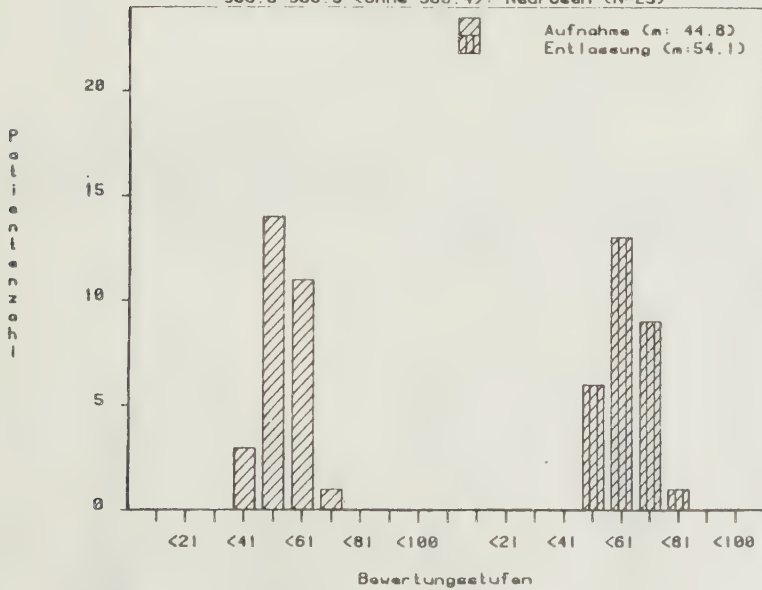


Abb.20

Global Assessment Scale - Verteilung der Diagnosegruppe
301.0-301.9 : Persönlichkeitsstörungen (30)

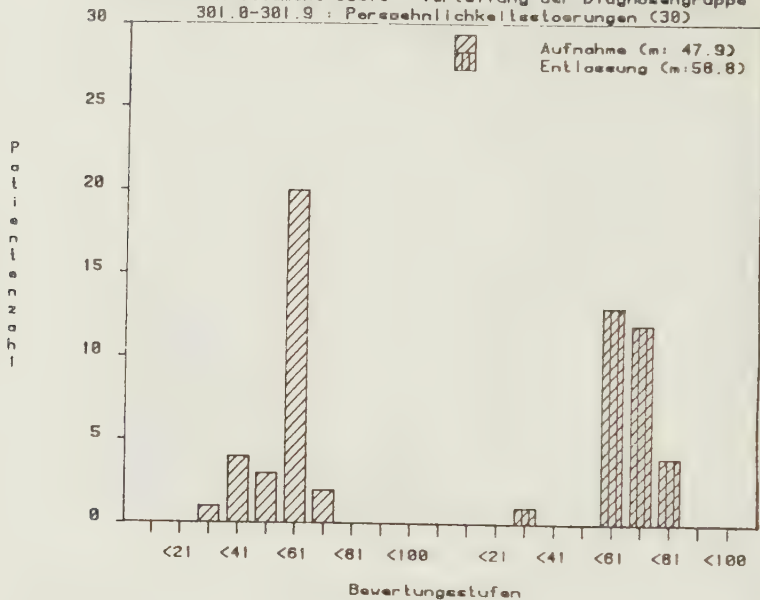


Abb.21

Global Assessment Scale - Verteilung der Diagnosegruppe
307.1 : Anorexia nervosa (N=13)

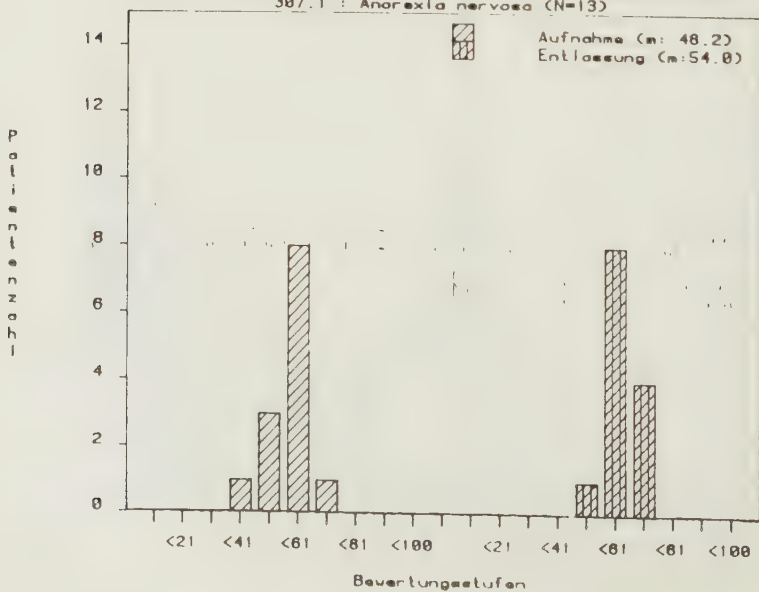


Abb.22

Global Assessment Scale - Verteilung der Diagnosengruppe
308.0-308.9 : Akute Belastungsreaktionen (N=15)

Patientenanzahl

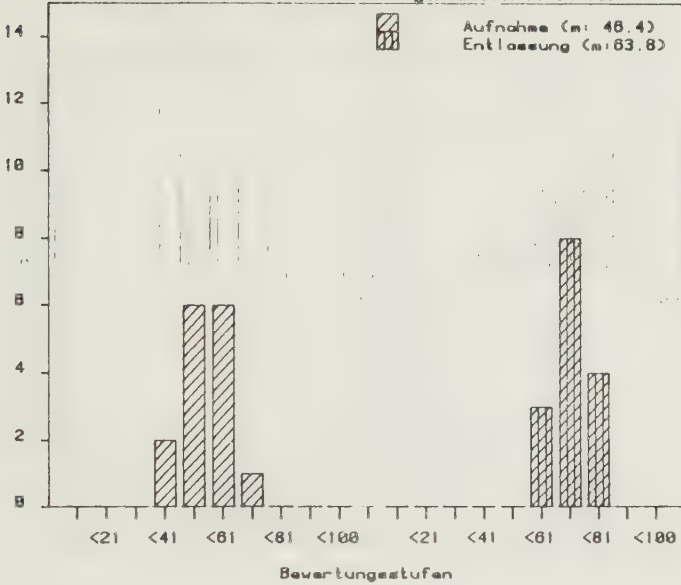


Abb.23

Global Assessment Scale - Verteilung der Diagnosengruppe
309.0: Kurzdauernde depressive Belastungsreaktionen (N=52)

Patientenanzahl

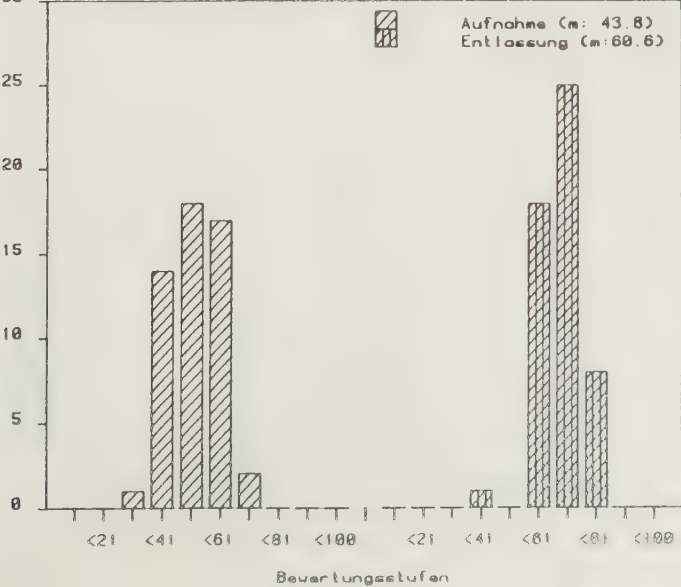


Abb.24 246
Global Assessment Scale - Verteilung der Diagnosegruppe
300.4 und 300.1 (N=87)

Personenanzahl

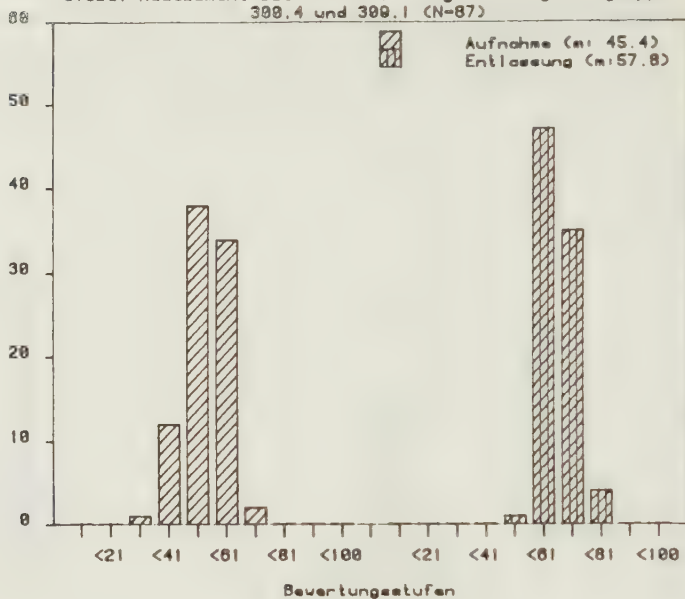


Abb.25

Global Assessment Scale - Verteilung der Diagnosegruppe
309.2-309.9: Belastungsreaktionen (N=15)

Personenanzahl

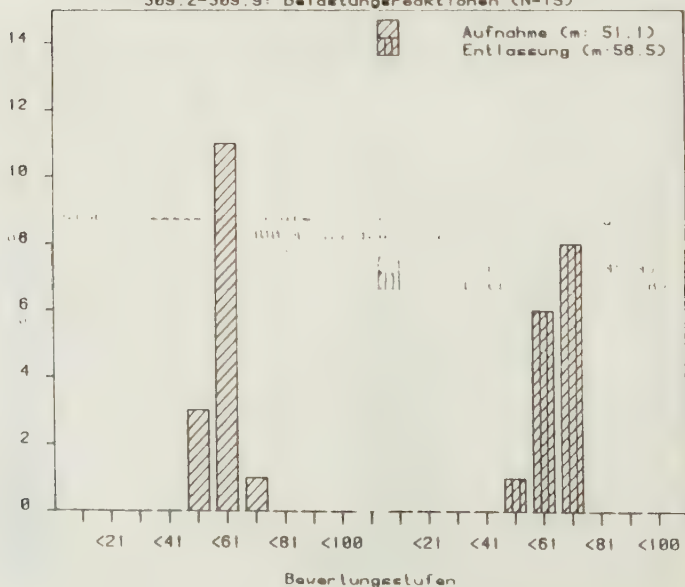


Abb.26

Global Assessment Scale - Verteilung der Diagnosegruppe
300.0-300.9, 309.0, 309.2-309.9: Belastungsreaktionen (N=82)

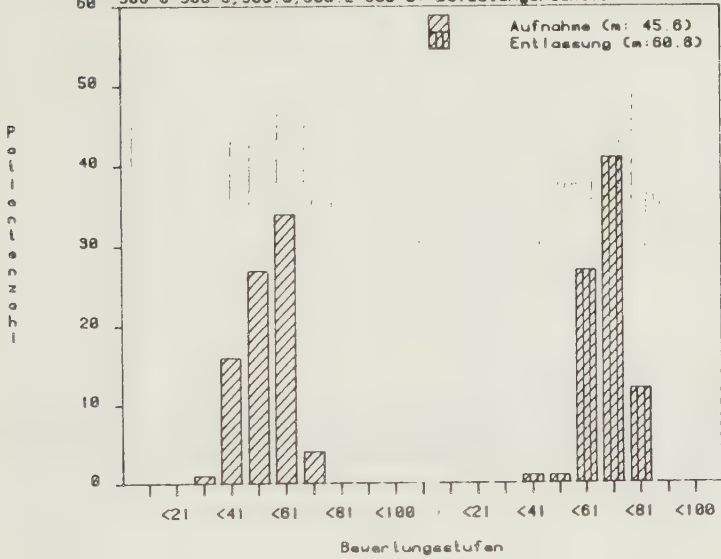


Abb.27

Global Assessment Scale - Verteilung der Diagnosegruppe
300.0-300.9, 309.1: Neurosen und depressive Reaktion (N=116)

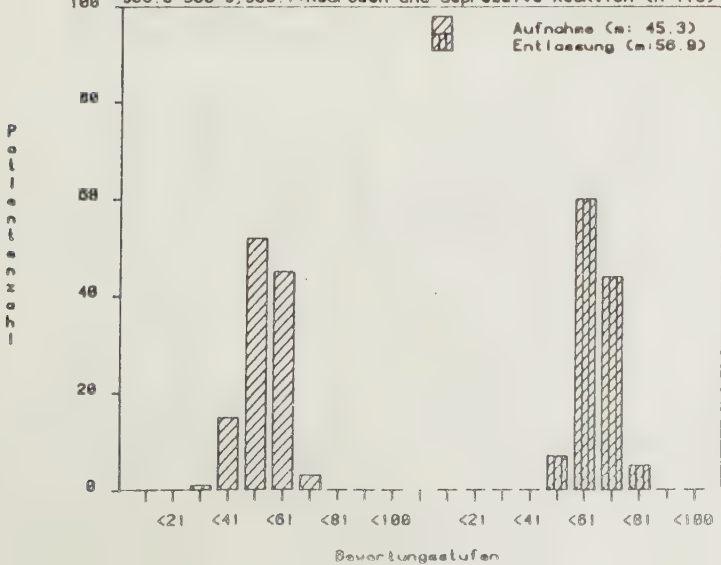


Abb. 28

Krankheitsdauer seit Erstmanifestation der Diagnosengruppe
300.0-300.9 (ohne 300.4): Neurosen (N=29)

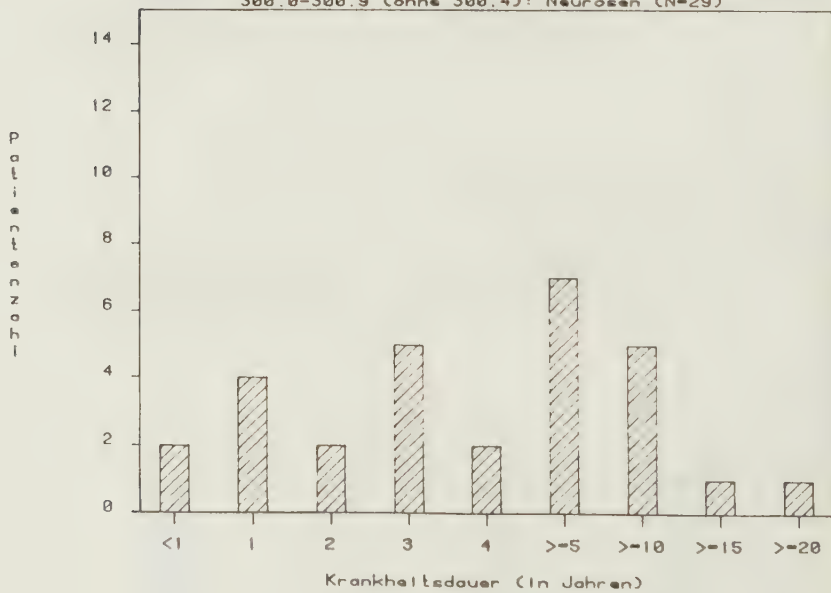


Abb. 29

Krankheitsdauer seit Erstmanifestation der Diagnosegruppe
391.8-391.9: Persönlichkeitsstörungen (N=38)

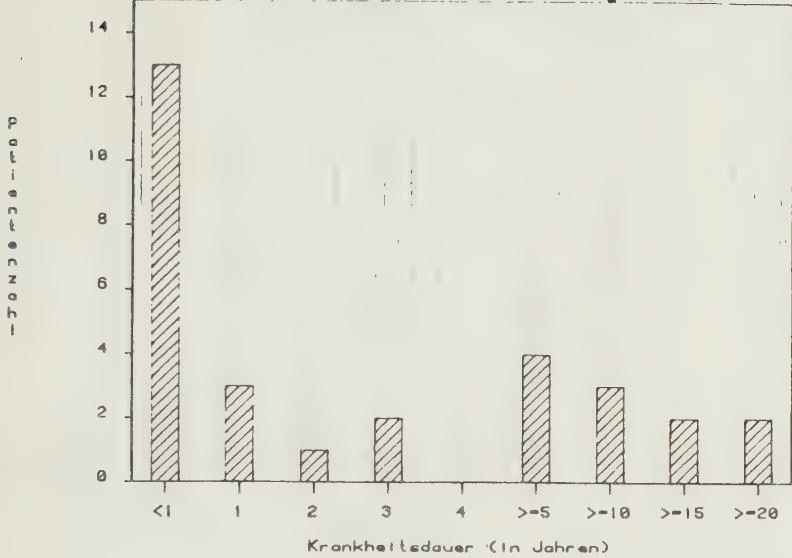


Abb. 30

Krankheitsdauer seit Erstmanifestation der Diagnosegruppe
307.1: Anorexia nervosa (N=13)

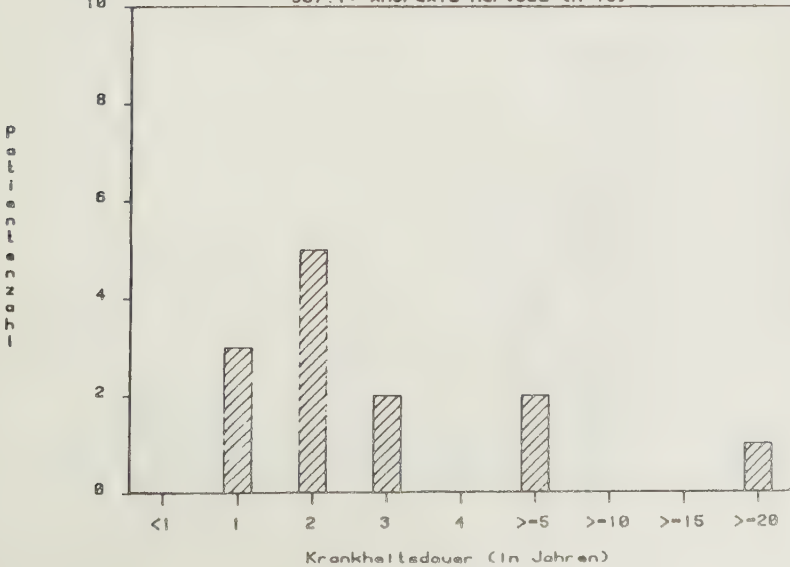


Abb. 31

Krankheitsdauer seit Erstmanifestation der Diagnosengruppe
308.0-308.9: akute Belastungsreaktionen (N=15)

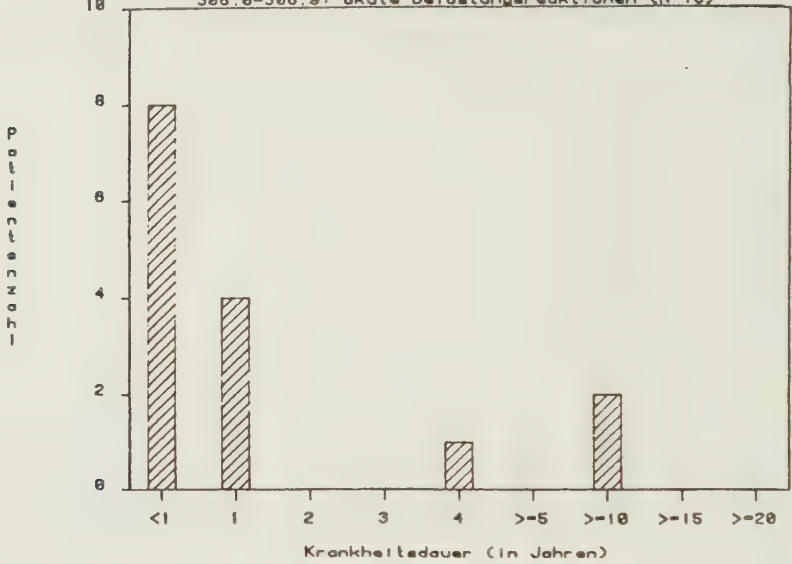


Abb. 32

Krankheitsdauer seit Erstmanifestation der Diagnosengruppe
309.0: kurzdauernde depressive Reaktion (N=52)

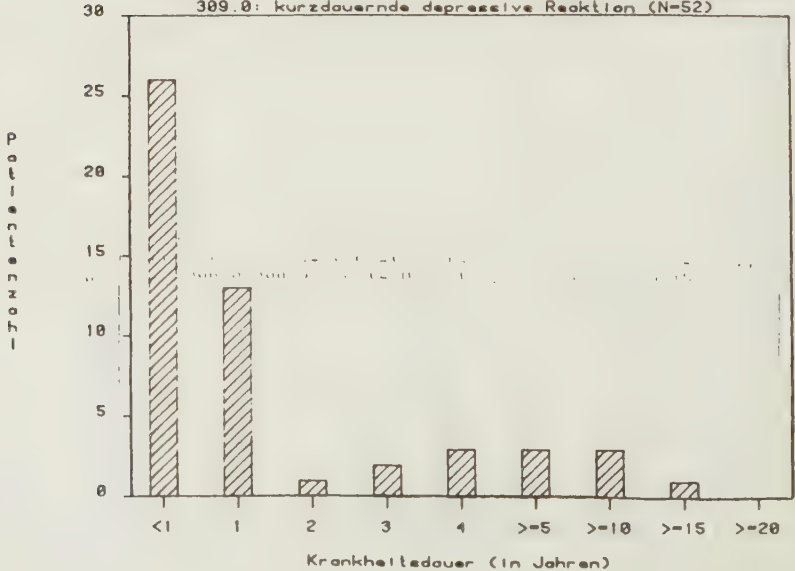


Abb. 33

Krankheitsdauer seit Erstmanifestation der Diagnosengruppe
309.1+309.4: längerdauernde Reaktionen (N=87)

- J a n u a r 1 9 5 0

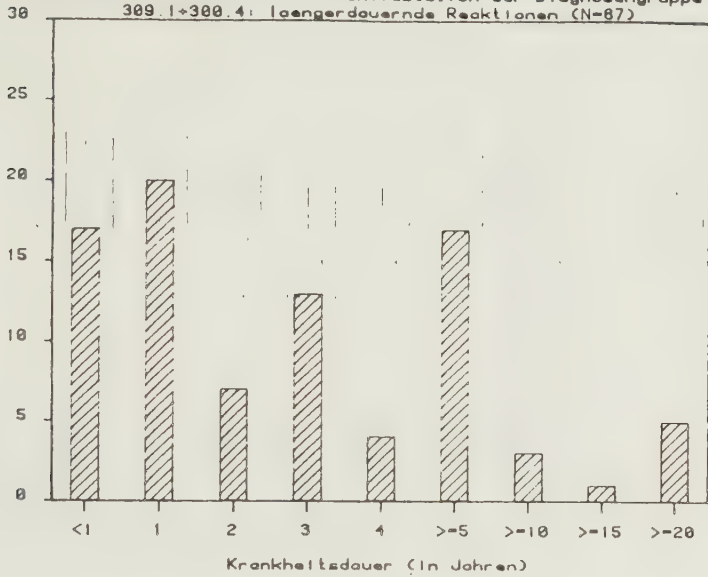


Abb. 34

Krankheitsdauer seit Erstmanifestation der Diagnosengruppe
309.2-309.9: Anpassungsstörungen (N=15)

- J a n u a r 1 9 5 0

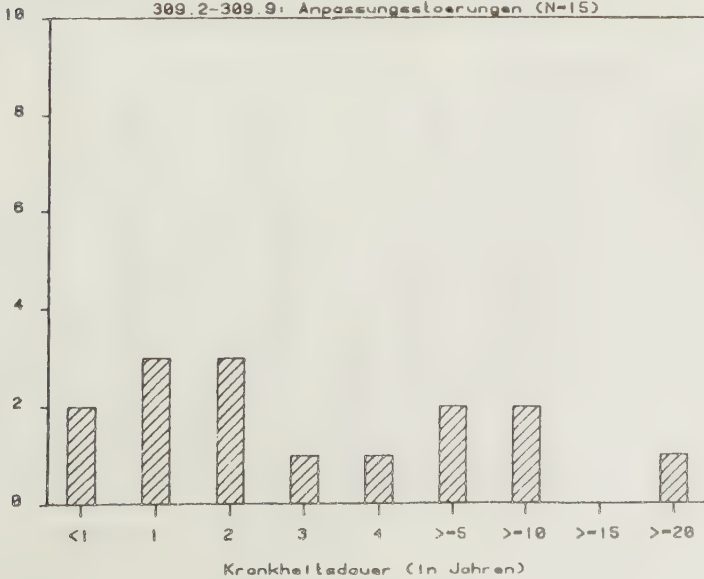


Abb.35

252

Krankheitsdauer seit Erstmanifestation der Diagnosegruppe
300 0-300 9+309 0+309 2-309 9: kurzdauernde Reaktionen (N=82)

post-epileptisch

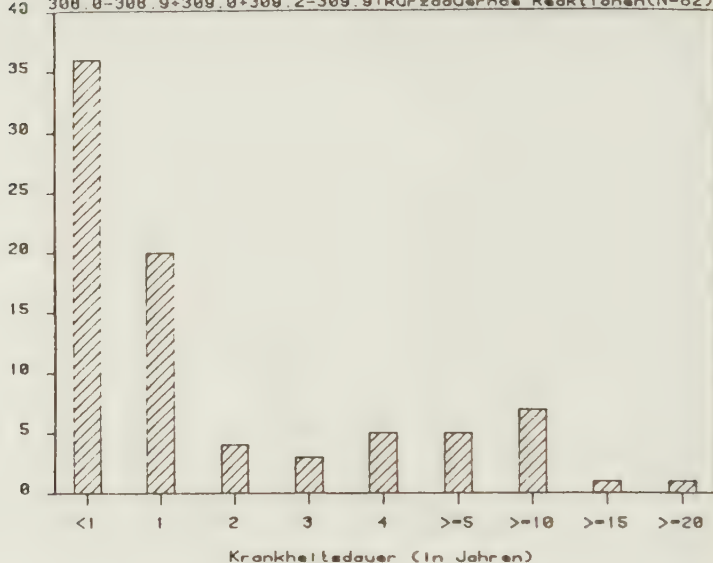


Abb.36

Krankheitsdauer seit Erstmanifestation der Diagnosegruppe
300 0-300 9+309 1: Neurosen+laengerdauernde Reaktionen (N=116)

post-epileptisch

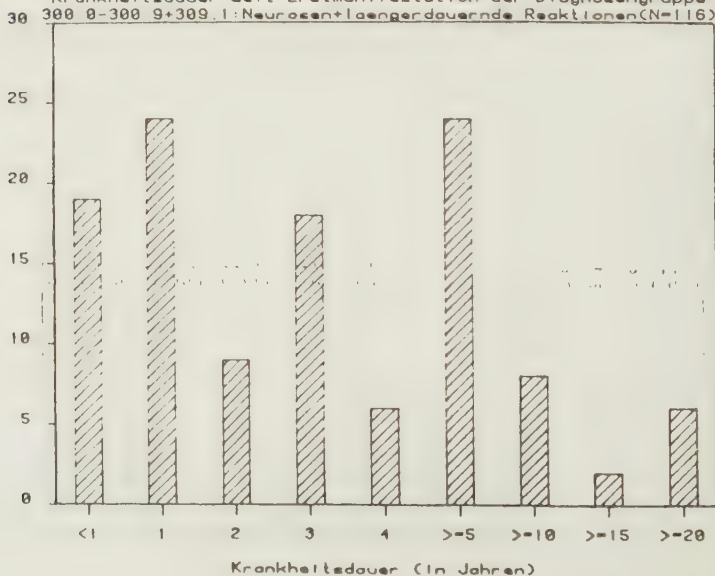


Abb. 37

Familienstand der Patienten mit der Diagnosegruppe
300.0-300.9 (ohne 300.4): Neurosen (N=29)

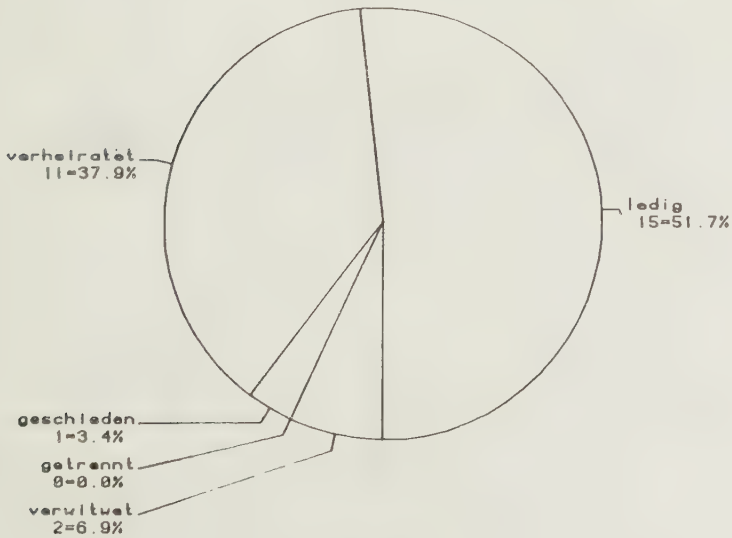
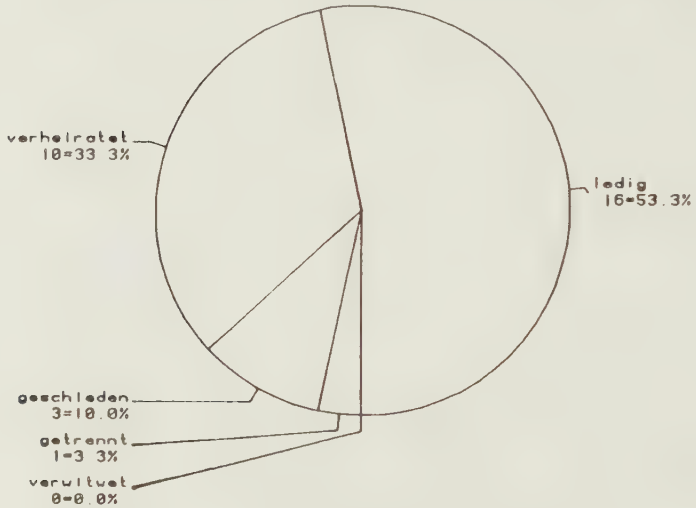


Abb. 38

Familienstand der Patienten mit der Diagnosengruppe
301.0-301.9: Persönlichkeitsstörungen (N=30)

Abb. 39

Familienstand der Patienten mit der Diagnosengruppe
307.1: Anorexia nervosa (N=13)

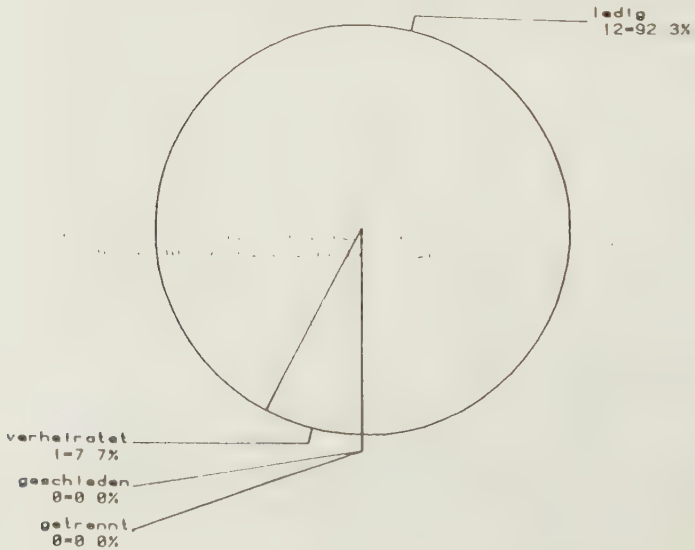
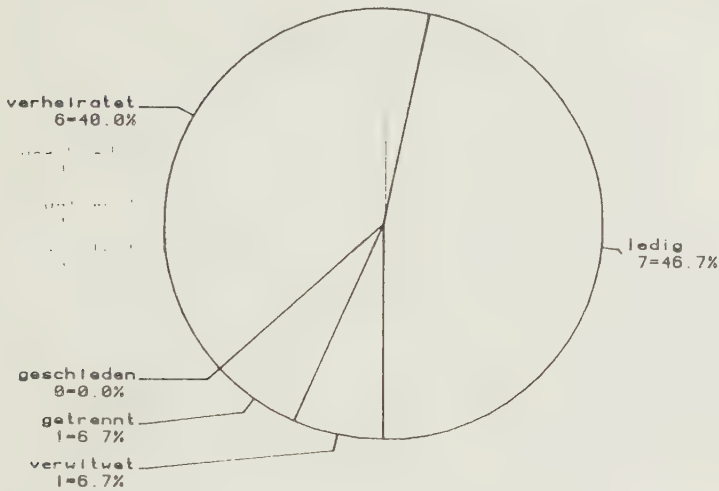
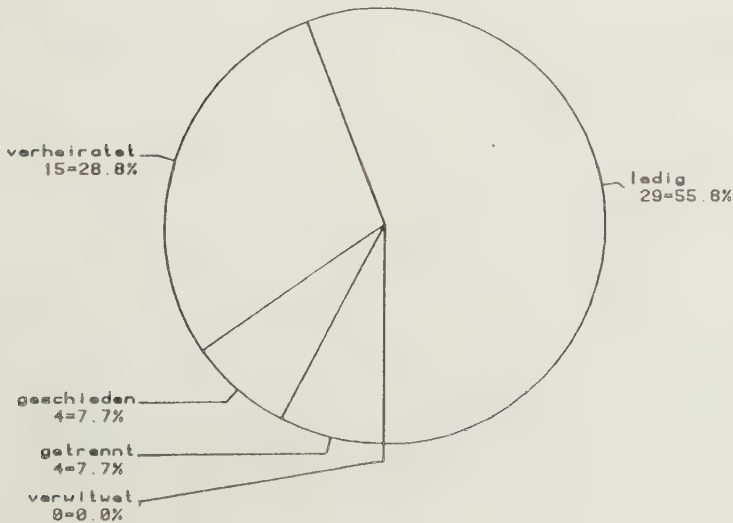


Abb.40

Familienstand der Patienten mit der Diagnosegruppe
308.0-308.9: akute Belastungsreaktionen (N=15)

Abb.41

Familienstand der Patienten mit der Diagnosegruppe
309.8: kurzdauernde depressive Reaktion (N=52)



Familienstand der Patienten mit der Diagnosegruppe
309.1+309.4: längerdauernde Reaktionen (N=87)

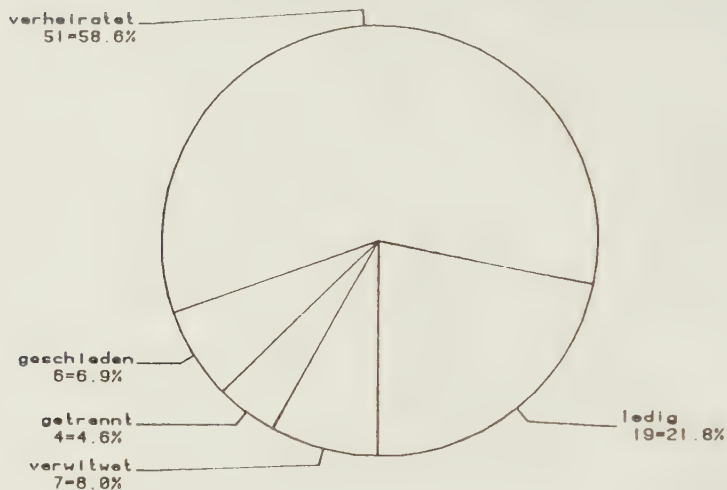


Abb.43

Familienstand der Patienten mit der Diagnosegruppe
309.2-309.9: Anpassungsstörungen (N=15)

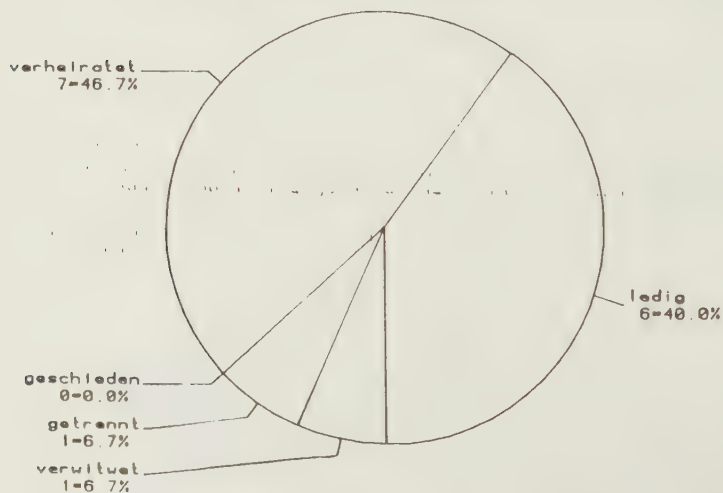
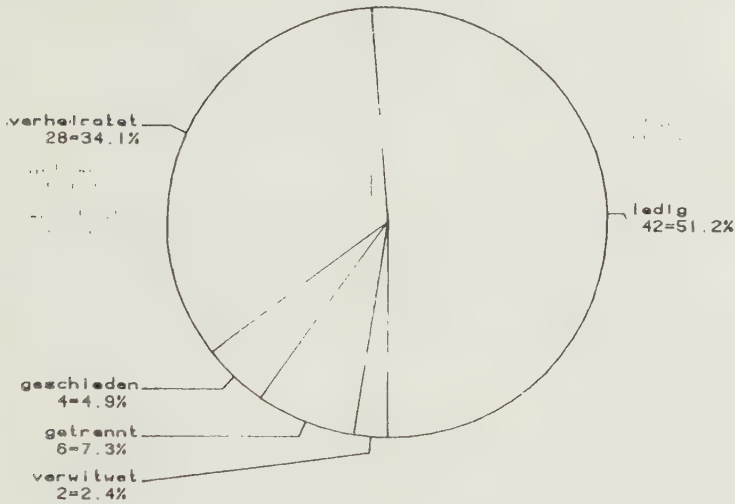
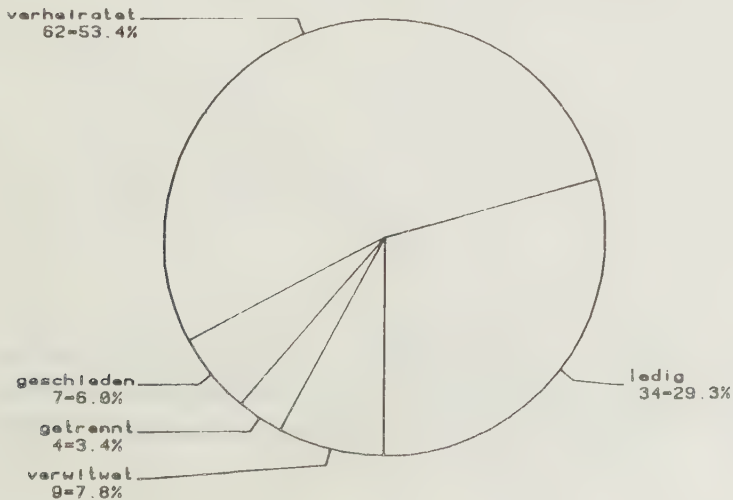


Abb.44

Familienstand der Patienten mit der Diagnosengruppe
308.0-308.9+309.0+309.2-309.9: kurzdauernde Reaktionen (N=82)

Abb.45

Familienstand der Patienten mit der Diagnosengruppe
308.0-308.9+309.1: Neurosen+langdauernde Reaktionen (N=116)



7.4 Global Assessment Scale (GAS)

Skala 1 - 100) zur Einschätzung der psychosozialen Leistungsfähigkeit (PSB) eines Patienten

100 ↓ 91	Der Patient hat keinerlei Symptome; er zeigt eine hervorragende Leistungsfähigkeit; die Lebensprobleme scheinen ihm nie aus der Hand zu gleiten; andere Menschen werden von der Wärme und Ausgeglichenheit seiner Persönlichkeit angezogen.
90 ↓ 81	Nur vorübergehende Symptome; gute Leistungsfähigkeit in allen Gebieten; interessiert sich vielseitig; entwickelt viele Aktivitäten; gute soziale Anpassung; die Bewältigung der Alltagssorgen bereitet nur gelegentlich Schwierigkeiten.
80 ↓ 71	Sehr leichte Symptome können vorhanden sein, aber es besteht nur eine geringe Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit; die Bewältigung der Alltagssorgen und der Probleme bereitet manchmal Schwierigkeiten.
70 ↓ 61	Einige leichte Symptome sind vorhanden (z.B. depressive Stimmung, leichte Schlaflosigkeit); oder es gibt Schwierigkeiten in verschiedenen Lebensbereichen, aber im allgemeinen ist jedoch die Leistungsfähigkeit recht gut; einige bedeutsame zwischenmenschliche Beziehungen werden aufrechterhalten und die meisten Laien würden den Patienten nicht für "krank" ansehen.
60 ↓ 51	Mäßig ausgeprägte Symptome sind vorhanden, es besteht eine eingeschränkte Leistungsfähigkeit (z.B. wenig Freunde, mäßige Gefühlsverarmung, depressive Verstimmung, krankhafte Selbstunsicherheit, euphorische Stimmung, Rededrang, mäßig ausgeprägtes antisoziales Verhalten).

Fortsetzung: Global Assessment Scale (G A S)

- 50
↓
41
Ernsthafte Symptome oder ernsthafte Leistungseinbußen, sodaß die meisten Kliniker von der Notwendigkeit einer Behandlung oder Überwachung überzeugt sind (z.B. Suizidgedanken oder Suizidanzeichen, schwere Zwangsrituale, häufige Anstauungen, schweres antisoziales Verhalten, unkontrolliertes Trinken).
- 40
↓
31
Schwere Beeinträchtigung auf verschiedenen Gebieten, so Urteilsvermögen, das Denken oder die Stimmung anhebt (z.B. eine depressive Frau leidet die Freunde, vernachlässigt die Familie, ist nicht mehr in der Lage, den Haushalt zu bewältigen); oder es besteht eine gestörte Realitätseinschätzung oder ein gestörtes Kommunikationsverhalten (z.B. Sprachstörungen sind manchmal unverständlich, unlogisch oder irrelevant); oder ein ernsthafter Suizidversuch ist vorgekommen.
- 30
↓
21
Leistungsunfähigkeit in fast allen Gebieten (z.B. bleibt täglich im Bett); oder das Verhalten ist erheblich beeinflusst durch Wahnvorstellungen und Halluzinationen; oder schwere Beeinträchtigung der Kommunikation (z.B. manchmal im Denken inkohärent oder nicht ansprechbar) oder des Urteilsvermögens (z.B. grob auffällige unangemessene Handlungen).
- 20
↓
11
Benötigt irgend eine Art der Überwachung, um nicht sich selbst und andere zu verletzen, oder um eine minimale persönliche Hygiene aufrecht zu erhalten (z.B. wiederholte Suizidversuche sind vorgekommen; wird häufig gewalttätig; eine manische Erregung ist vorhanden; verschmiert die Faeces); oder massive Beeinträchtigung der Kommunikationsfähigkeit (durchgehend inkohärent oder mutistisch).
- 10
↓
1
Braucht ständig Überwachung; für mehrere Tage, um sich oder andere nicht zu verletzen; oder macht keine Anstalten, eine minimale persönliche Hygiene aufrecht zu erhalten (z.B. eine intensive Pflege und eine besondere Überwachung durch das therapeutische Personal ist erforderlich).

8. Literaturverzeichnis

- 1) Adler A., Über den nervösen Charakter, Wiesbaden I.F.Bergmann 1912
- 2) Agras W.S., Chapin H.N., Oliveau D., The natural history of phobia. Archives of General Psychiatry 26: 315 - 317 (1972)
- 3) Akiskal H.S., Bitar A.H., Puzantian U.R., Rosenthal T.L., Walker P.W., The nosological status of neurotic depression. Archives of General Psychiatry 35: 756 - 766 (1978)
- 4) Akiskal H.S., Rosenthal T.L., Haykal R., Lemmi H., Rosenthal R., Scott-Strauss A., Characterological depressions. Archives of General Psychiatry 37: 777 - 783 (1980)
- 5) Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie, Das AMDP-System: Manual zur Dokumentation psychischer Befunde, 4. Auflage, Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York 1981
- 6) Beck A.T., Depression: clinical, experimental and theoretical aspects. Staples Press, London 1967
- 7) Bleuler E., Lehrbuch der Psychiatrie, Springer-Verlag Berlin 1916
- 8) Block J., Studies in the phenomenology of emotions Journal of Abnormal and Social Psychology 54, 354 (1957)
- 9) Bräutigam W., Reaktionen, Neurosen, Psychopathien, 3. Auflage, Georg-Theorie-Verlag, Stuttgart 1976
- 10) Brown G.W., Social Origins of Depression, A Study of psychiatry Disorder in Women, London, Tavistock 1978
- 11) Cattell R.B., Butcher H.J., The prediction of achievement and creativity, p 53 - 70, Bobbs-Merrill 1968

- 12) Cleckley H., The mask of synity, an attempt to clarify some issues about the so-called psychopathic personality C.V.Mosby, St Louis 1966
- 13) Chodoff P., The diagnosis of hysteria, An overview American Journal of Psychiatry 131, 1073 - 1078 (1974)
- 14) Clancy J., Noyes R., Hoenk P.R., Slymen D.J., Secondary depression in anxiety neurosis. Journal of Nervous and Mental Disease 166: 846 - 850 (1978)
- 15) Cooper B., Clinical and social aspects of chronic neurosis. Proceedings of the Royal Society of Medicine 65: 509 - 512 (1972)
- 16) Degkwitz R., Helmchen H., Lockett G., Mombour W., Diagnose-schlüssel und Glossar psychiatrischer Krankheiten. 5. Auflage korrigiert nach der 9. Revision der ICD der WHO, Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York 1980
- 17) Ditz E., Psychopathologische Symptomatik der organischen Psychosen, Neurosen, Persönlichkeitsstörungen, Suchtkrankheiten und Oligophrenien. Med. Diss., München 1983
- 18) Ernst K., Kind H., Rotach-Fuchs M., Ergebnisse der Verlaufsforschung bei Neurosen. Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg- New York 1968
- 19) Eysenck H.J., Crime and personality. Granada Publishing Ltd. Paladin, St Albans 1977
- 20) Foulds G.A., The hierarchical nature of personal illness. Academic Press, London, ch 3, p 31 - 54 (1976)
- 21) Freeman C.P., Neurotic disorders and Personality disorders. In: Kendell R.E., Zeally A.K., Companion to Psychiatric Studies. 3. Auflage, Verlag Churchill-Livingstone, Edinburgh-London-Melbourn-New York 1983
- 22) Freud S., Massenpsychologie und Ich-Analyse, 2. Auflage, Leipzig-Wien-Zürich, Internationaler psychoanalytischer Verlag 1923

- 23) Freud S., Das Leben und Werk von Siegmund Freud Bd I: Die Entwicklung zur Persönlichkeit und die großen Entdeckungen, Hans Huber, Bern und Stuttgart 1960
- 24) Freud S., Gesammelte Schriften Bd 1: Studien über Hysterie. Frühe Arbeiten zur Neurosenlehre. Leipzig-Wien-Zürich, Internationaler psychoanalytischer Verlag 1925
- 25) Fromm E., Anatomie der menschlichen Destruktivität, Stuttgart, Deutsche Verlagsanstalt 1974
- 26) Gebhardt R., Pietscher A., Strauss A., Stoeckel M., Janger C., Freudenthal K., Arch.Psychiatr.Nervenkr. 1983, 233: 223 - 245, Skalenbildung-AMDP-System, Springer-Verlag 1983
- 27) Gibbens T.C.M., Psychiatric Studies of Borstel Lads Maudsley Monographs 11, London, Oxford University Press 1963
- 28) Goodwin D.W., Guze S.B., Robins E., Follow-up studies in obsessional neurosis. Archives of General Psychiatry 20: 182 - 187 (1969)
- 29) Henderson D., Psychopathic states, W.W.Norton, New York 1939
- 30) Hill D., EEG in episodic psychiatric and psychopathic behaviour: a classification of the data. Encephalography and Clinical Neurophysiology 4: 419 - 442 (1952)
- 31) Hippus H., Psychiatrie. In: Hippus H., Franke H., Psychiatrie/Geriatrie, Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York 1979
- 32) Jaspers K., Allgemeine Psychopathologie, 8. Auflage, Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York 1965
- 33) Johnstone E.C., Cunningham D., Owens D.G., Frith C.D., McPherson K., Dowie G., Riley G., Gold A., Neurotic illness and its response to amitriptyline and antidepressant treatment. Psychological Medicine 10: 321 - 328 (1980)

- 34) Jung C.G., Über die Energetik der Seele und andere psychologische Abhandlungen, 2. Auflage, Zürich, Rascher u. Cie 1928
- 35) Kenyon F.E., Hypochondriasis, a clinical study. British Journal of Psychiatry 110: 478 - 488 (1964)
- 36) Kenyon F.E., Hypochondriacal states. British Journal of Psychiatry 129: 1 - 14 (1976)
- 37) Koch J.L.A., Die psychopathischen Minderwertigkeiten, Maier Ravensberg 1891
- 38) Kohut H., The psychoanalytic treatment of narcissistic personality disorder, Psychoanalytic Study of the Child 23: 86 - 113 (1968)
- 39) Kraepelin E., Personality, Vergleichende Psychiatrie, Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie Band XV/1904
- 40) Kretschmer E., Körperbau und Charakter, Untersuchungen zum Konstitutionsproblem und zur Lehre von den Temperamenten, Julius Springer, Berlin 1977
- 41) Kroll J., Casey K., Sines L., Roth M., Are there borderlines in Britain: A cross validation of US findings. Archives of General Psychiatry 39: 60 - 63 (1982)
- 42) Kurland H.D., Yeager C.T., Arthur R.J., Psychophysiological aspects of severe behaviour disorders. Archives of General Psychiatry 8: 599 - 604 (1963)
- 43) Ljungberg L., Hysteria: a clinical, prognostic and genetic study. Acta Psychiatrica Neurologica Scandinavica 32, Suppl 112 (1957)
- 44) Magnan V., Lecons cliniques sur les maladies mentales. Bataille, Paris 1893
- 45) Mann A.H., Jenkins R., Belsey E., The twelve-month outcome of patients with neurotic illness in general practice. Psychological Medicine 11: 535 - 550 (1981)

- 46) Marks I.M., Fears and phobias. Heinemann Medical, London 1969
- 47) Maudsley H., Die Philosophie und Pathologie der Seele, 2. Auflage, A. Stubis's Behandlung, Würzburg 1870
- 48) Mellsoy G.W., Psychiatric patients seen as children and adults: childhood predictors of adult illness. Journal of Child Psychology and Psychiatry 13: 91 - 101 (1972)
- 49) Millas D.G., A repertory grid study of obsessionality, distinctive cognitive structure or distinctive cognitive element? British Journal of Medical Psychology 53: 59 - 66, (1980)
- 50) Morel B.A., Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine. J.B. Baillière, Paris 1839
- 51) Noyes R., Clancy J., Hoenk P.R., Slymen D.J., The prognosis of anxiety neurosis. Archives of General Psychiatry 37: 173 - 178 (1980)
- 52) Parsons T., The social system. Free Press, New York 1951
- 53) Paykel E.S., Classification of depressed patients, a cluster analysis. British Journal of Psychiatry 118: 275 - 288 (1971)
- 54) Pinel P., Traité medico-philosophique sur l'aliénation mentale, ou la manie. Richard Caille et Ravier, Paris 1801
- 55) Pollit J., Natural history studies in mental illness: a Discussion based on a pilot study of obsessional states. Journal of Mental Science 106: 93 - 113 (1960)
- 56) Pritchard J.C., A treatise on insanity and other disorders affecting the mind. Sherwood, Gilbert & Piper, London 1835
- 57) Prusoff B., Klerman G.L., Differentiating depressed from anxious neurotic patients. Archives of General Psychiatry 30: 302 - 309 (1974)

- 58) Robins L.N., Deviant children grown up. Williams and Wilkins, Baltimore 1966
- 59) Robins L.N., Study of childhood predictors of adult antisocial behaviour: replication from longitudinal studies. *Psychological Medicine* 8: 611 - 620 (1978)
- 60) Rogers C.R., Carl Rogers on personal power. Delacorte Press, New York 1977
- 61) Roth M., Gurney C., Garside R.F., Kerr T.A., Studies in the classification of affective disorders. *British Journal of Psychiatry* 121: 147 - 161 (1972)
- 62) Rotter J.B., Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs* 80, No 1 (1966)
- 63) Rush B., Medical enquires and observations upon the diseases of the mind, Philadelphia 1812
- 64) Rutter M.L., Relationships between child and adult psychiatric disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 48: 3 - 21 (1972)
- 65) Schneider K., *Klinische Psychopathologie* 2. Auflage, Deuticke, Wien 1928
- 66) Schöppl H., *Psychopathologische Symptome und demographische Merkmale bei Patienten mit Neurosen, psychogenen Reaktionen, Persönlichkeitsstörungen und Suchterkrankungen*. Med.Diss., Amberg 1985
- 67) Seligman M.P., Depression, development and death. Freeman, San Francisco, California 1975
- 68) Sheldon W.H., Atlas of men: A guide for somatotyping the adult male at all ages. Harper Row, New York 1954
- 69) Shepherd M., Cooper B., Kelton G.W., Brown A.C., *Psychiatric illness in general practice*. Oxford University Press, London 1966
- 70) Slater E.T.O., Glithero E., A follow-up of patients diagnosed as suffering from "hysteria". *Journal of Psychosomatic Research* 9: 9 - 13 (1965)

- 71) Slavney P.R., McHugh P.R., The hysterical personality: a controlled study. *Arch. of General Psychiatry* 30: 325 - 330 (1974)
- 72) Stern R.S., Cobb J.P., Phenomenology of obsessive-compulsive neurosis. *British Journal of Psychiatry* 132: 233 - 240 (1978)
- 73) Teesdale J.D., Learning models of obsessional-compulsive disorder. In Beech H.K. (ed) *Obsessional states*. Methuen, London 1974
- 74) Thoren P., Asberg M., Cronhom B., Jörnstedt L., Träskman L., Clomipramine treatment of obsessive-compulsive disorder: a clinical controlled trial. *Arch. of General Psychiatry* 37: 1281 - 1285 (1980)
- 75) Tyrer P., Anxiety states. In: *Recent advances in clinical psychiatry* 3, Granville-Grossman K. (ed) Churchill Livingstone, p 161 - 183 Edinburgh 1979
- 76) Tyrer P., Alexander J., Classification of personality disorder. *British Journal of Psychiatry* 135: 163 - 167 (1979)
- 77) Weissman M.M., The psychological treatment of depression. *Archives of General Psychiatry* 36: 1261 - 1269 (1979)
- 78) Wheeler E.O., White P.D., Reid E.W., Cohen M.E., Neuro-circulatory asthenia. *Journal of American Medical Association* 142: 878 (1950)
- 79) Woerner P.J., Guze S.B., A family and marital study of hysteria, *British Journal of Psychiatry* 114: 161 - 168 (1968)
- 80) Wolff S., Chick J., Schizoid personality in childhood, a controlled follow-up study, *Psychological Medicine* 10: 85 - 100 (1980)
- 81) Ziegler F.J., Imboden J.B., Contemporary conversion reactions, a conceptual model. *Arch. of General Psychiatry* 6: 279 - 287 (1962)

Herrn Prof. Dr. med. H. Hippius danke ich für die
Überlassung des Themas und die Übernahme des Referates.

Herrn Dr. med. A. Strauß danke ich für die Betreuung
bei der Durchführung der Arbeit.

Herrn D. Lindmeier danke ich für die Hilfe bei der
computerunterstützten Datenauswertung.

Frau R. Lentner danke ich für die Hilfe bei der
Erfassung der Daten.

Frau R. Schlemm danke ich für die Unterstützung beim
Schreiben der Arbeit.

Lebenslauf

Am 13. März 1959 wurde ich, Karsten Schlemm, als zweites Kind meiner Eltern Wilhelm Schlemm, Beamter, und Ruth Schlemm, Industriekaufmann, in Bremen geboren.

Im Alter von 6 Jahren wurde ich in die Grundschule in Bochum eingeschult. Ich wechselte über Koblenz und München ins Otto von Taube Gymnasium in Gauting, wo ich 1979 mein Abitur ablegte.

Danach diente ich ein halbes Jahr bei der Bundeswehr als Soldat auf Zeit, bevor ich im Sommersemester 1980 das Studium der Humanmedizin an der Ludwig-Maximilians-Universität in München begann.

1986 werde ich mein Studium mit der Approbation als Arzt beenden.

